EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PAUL LE GENDRE



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

EXPOSE DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES ET FONCTIONS

Dans les hôpitaux de Paris.

Externe des hôpitaux de Paris, 1878.
Interne des hôpitaux, 1881.
Médecin des hôpitaux, 1891.
Chef de service à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, 1895.
Médecin de la Maison municipale de Santé, 1896.
Médecin de l'hôpital Tenon, 1897.
Médecin de l'hôpital Lariboisière, 1902.

A la Faculté de Médecine de Paris.

Docteur en médecine, 1886.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine pour les maladies dea enfants, 1887.
Chargé de cours de clinique annexe, 1903.

Prix.

Lauréat de la Faculté (prix Chateauvillard).
Lauréat de l'Institut (concours Montyon).

SOCIÉTÉS SAVANTES ET MÉDICALES

Membre et ancien Président de la *Société thérapeutique de Paris*.
Membre de la *Société de thérapeutiqae de Moscou*.
Membre et ancien Secrétaire général de la *Société médicale des hôpitaux*.
Membre de la *Société clinique*.

Membre de la *Société anatomique.*

Membre de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie.*

Membre de la *Société de pædiatrie de Paris.*

Ancien Président de la Société médicale du IX[e] arrondissement.

SOCIÉTÉS POUR L'HYGIÈNE SOCIALE

Ancien vice-président de l'*Union française de la Jeunesse* (Association d'instruction et d'éducation populaire), 1874-84.

Vice-président de la *Société de préservation contre la tuberculose par l'enseignement populaire.*

Fondateur et membre du Comité médical de l'*Œuvre des Sanatoriums populaires de Paris* (sanatorium de Bligny).

Membre de la *Société de prophylaxie sanitaire et morale.*

Fondateur et ancien Président de la *Ligue pour l'Hygiène scolaire.*

COLLABORATION AUX JOURNAUX

Ancien secrétaire de la rédaction de l'*Union Médicale.*

Collaboration à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, à la *Semaine Médicale*, au *Progrès Médical*, à la *Revue de Médecine*, aux *Archives Générales de Médecine*, au *Journal des Praticiens*, à la *Presse Médicale*, au *Concours Médical*, à la *Riforma medica de Naples.*

Fondateur (avec Henri Varnier) de la *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie.*

I

THÉRAPEUTIQUE

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE MÉDICO-CHIRURGICALE

En collaboration avec Aug. Broca, agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.
1894 (un vol. in-8. G. Steinheil, éditeur.) — (2ᵉ édition, 1908.)
Récompensé par l'Académie des Sciences.

Cet ouvrage comprend dans l'introduction l'analyse des caractères spéciaux de la thérapeutique infantile, l'énumération des qualités nécessaires au médecin d'enfants, les problèmes que soulève la thérapeutique infantile, les particularités physiologiques de l'organisme de l'enfant, ses réactions spéciales, les idiosyncrasies pour les médicaments.

Dans une première partie j'ai passé en revue les moyens dont dispose la thérapeutique infantile : l'alimentation jusqu'au sevrage et après le sevrage, les circumfusa et moyens externes, les modes d'administration et le dosage des médicaments, l'exposé méthodique des grandes indications thérapeutiques.

La seconde partie est conçue suivant un plan alphabétique à la façon des dictionnaires ; cette méthode d'exposition, alors nouvelle dans un traité de thérapeutique, lui conférait un caractère pratique évident et qui a été très apprécié par plusieurs générations médicales. Les articles chirurgicaux ont été rédigés par M. Aug. Broca.

L'ouvrage se termine par un formulaire et un tableau posologique. La première édition, parue en 1894, quelques mois avant la découverte du sérum antidiphtérique, se trouvait ainsi malheureusement présenter une

inévitable et regrettable lacune ; la seconde édition a permis d'y remédier et de faire connaître, outre la sérothérapie, les grands progrès réalisés par la radiothérapie et le radium.

TRAITÉ PRATIQUE D'ANTISEPSIE MÉDICALE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE ET A L'HYGIÈNE

Paris, 1888, G. Steinheil, éditeur.
Couronné par la Faculté de Médecine (prix Chateauvillard)
et récompensé par l'Institut (concours Montyon.)

Bon nombre de praticiens, écrivais-je en 1888, se déclarent encore incrédules à l'endroit des bénéfices que la thérapeutique *médicale* peut tirer de la connaissance des microbes. Notre conviction est tout opposée. S'il est vrai, comme le disait Grancher, que la nosographie ne doive plus comprendre dans l'avenir que deux catégories de maladies, les infections et les diathèses, l'antisepsie doit devenir l'un des deux pivots de la thérapeutique. Les chirurgiens qui nous ont ouvert la voie ont créé la méthode antiseptique ; nous l'appliquons à la médecine. Cette méthode, l'honneur d'en avoir posé les règles fondamentales revient sans conteste à M. le P[r] Bouchard, qui déjà en 1881 les indiquait dans son cours sur les maladies infectieuses et qui les a définitivement formulées au Congrès de Copenhague. Je me suis efforcé d'apporter quelques pierres à l'édifice dont il a posé les assises.

Aperçu sur les microbes et leur rôle dans la production des maladies. — I. — Définition. Étymologie. Synonymies. Insuffisance et variabilité des caractères morphologiques des microbes. Types principaux. Polymorphisme expérimental. Importance de leurs caractères biologiques et surtout de leur mode de reproduction. Microbes indifférents, utiles, pathogènes.

Portes d'entrée des microbes. Leurs affinités pour tel ou tel milieu organique. Influence de la composition chimique du milieu sur le développement, la reproduction et les propriétés des microbes. Procédés par lesquels les microbes pathogènes amènent la maladie. Poisons fabriqués par les microbes. Comment les cellules de l'organisme se défendent contre les microbes. Théorie des phagocytes. Transport des agents infectieux par les leucocytes. Infection à distance. Enkystement, sommeil et réveil des germes. Application de ces données à l'antisepsie.

II. — L'antisepsie peut être prophylactique ou thérapeutique, générale ou spéciale. Moyens dont dispose l'antisepsie propbylactique. La propreté minutieuse, l'asepsie : l'importance des soins de propreté proclamée par les législateurs théocratiques.

Procédés mécaniques, physiques et chimiques pour réaliser l'asepsie: lavage, filtration, flambage, étuves. Substances antiseptiques ou désinfectantes. Augmentation de la résistance vitale comme moyen de prophylaxie antiseptique. Des troubles nutritifs comme prédisposition à contracter les maladies microbiennes. Virus et vaccins.

Antisepsie thérapeutique. Indications à remplir : détruire les agents septiques à la surface de l'organisme, les poursuivre dans les cavités et les parenchymes, même dans le milieu intérieur. Il n'est pas nécessaire de les détruire, il suffit d'entraver leur multiplication ou même de les priver de leurs propriétés nocives. La quantité des germes influe sur la gravité des maladies virulentes. Stimulation imprimée à l'activité défensive des cellules organiques par la lutte contre les microbes. Antagonisme des microbes. Bactériothérapie. Moyens d'accroître la résistance de l'organisme et de créer certaines immunités morbides en changeant la voie d'introduction des microbes ou en introduisant préalablement les substances solubles sécrétées par eux.

Des antiseptiques en général. — I. — Définition. Antiseptiques, désinfectants, neutralisants, antivirulents, antizymotiques. Difficultés qui entourent l'étude des agents antiseptiques. Contradictions entre les observateurs et les expérimentateurs. Causes d'erreur à éviter.

II. — Valeur comparative des antiseptiques. Pringle (1750), expériences d'Angus Smith (1869), de Petit, de O'hial (1872), de Gosselin et Bergeron (1879-81), de Bucholtz (1875-76), Kuhn, Haberkorn (1879), Jalan de la Croix (1881), Koch (1881), Warrikoff (1883), Marcus et Pinet (1882), Miquel (1883), Sternberg (1883), Sattler (1883), Ratimoff (1884), Chamberland.

III. — Principes qui doivent présider à l'étude des antiseptiques. Expériences de M. Bouchard. Essai de la toxicité sur les animaux. Voies d'introductions des substances qu'on veut expérimenter. Supériorité de l'injection intra-veineuse pour les antiseptiques solubles. Equivalents antiseptiques. Importance des milieux de culture au point de vue de la résistance des microbes aux antiseptiques. Distinction entre les antiseptiques solubles et insolubles. Antisepsie des surfaces. Principes suivant lesquels elle doit être faite. Substances insolubles. Division moléculaire très fine. Comparaison entre la naphtaline, l'iodoforme, le méthylnaphtol et le naphtol. Raisons qui doivent guider dans le choix d'un antiseptique suivant les cas. Association des antiseptiques. Les avantages.

IV. — Étude des caractères, propriétés et modes d'emploi des agents antiseptiques. Alcool, alun, acétate d'alumine, acide acétique, azotate d'argent, acide arsénieux; acide borique et borate de soude; acide benzoïque et benzoate de soude, café torréfié, eau de chaux, chloral, chlore, chlorure de chaux, de zinc; chlorates de potasse, de soude: acide chlorhydrique, chloroforme, créosote, cuivre; essences en général, et en particulier eucalyptol, menthol, thymol, essence de térébenthine; acide fluorhydrique, acide formique, iode, iodoforme, iodol; acide lactique; mercure et ses composés, sublimé, biiodure, cyanure, permanganate de potasse, acide pyrogallique, picrique; naphtaline, naphtol; oxygène; eau oxygénée, ozone; acide phénique; résorcine; sels de plomb, acide salicylique et salicylates de soude, de bismuth; quinine; soufre, acide sulfureux, sulfates, sulfites et sulfures; sulfo-benzoate de soude, etc... Prix approximatif de quelques substances antiseptiques.

V. — Modes d'administration des agents antiseptiques. Applications topiques, lotions, fomentations, poudres, pommades, crayons médicamenteux. Inhalations, fumigations

sèches et humides. Pulvérisations. Pilules, potions, poudres en cachets et en suspension. Lavements liquides ou gazeux. Injections intraveineuses. Injections hypodermiques.

VI. — Précautions antiseptiques relatives aux médecins, aux garde-malades. Vêtements spéciaux. Lavage et désinfection des mains. Hygiène antiseptique de la chambre du malade. Désinfection du malade, de ses déjections, des vases, du linge et de l'amaublement pendant et après la maladia.

Antisepsie médicale. — Préambula. Définition. Réfutation des objections faites à la légitimité de l'antisepsie médicale. Délimitation. Divisions.

Antisepsie du tégument externe. — Microbes qui existent sur la peau normale. Propreté et asepsie du tégument comme moyen prophylactique contre certainas infections générales qui peuvent s'opérer par des excoriations.

Antisepsie en dermatologie. Traitement at prophylaxie des teignes. Pityriasis versicolor. Impétigo. Ecthyma. Furonculose. Erysipèle. Bouton du Nil ou de Biskra. Lèpre, chancre simple. Rhinosclérome. Tuberculose cutanée. Lupus. Manifestations cutanéas de la syphilis. Pityriasis simpla. Érythèmes. Eczéma marginé. Érythrasma. Herpès. Pemphigus. Psoriasis. Acnés. Séborrhée. Sueurs fétides. Molluscum contagiosum. Mycosis fongoïde. Dermatoses parasitaires chez les diathésiques.

Antisepsie de la bouche et du pharynx. — Microbes de la bouche, de la salive normale. Rôle de quelques-uns dans la digestion. Microbes pathogènes de la salive. Antisepsie des dents. Prophylaxie et traitement de la carie et de la périostite alvéolo-dentaire. Gingivite expulsive. Hygiène des dents chez les enfants et chez les écoliers. Antisepsie de la bouche. Perlèche. Stomatites. Muguet. Stomatite et fièvre aphteuse. Glossites parasitaires. Stomatite ulcéro-membraneuse, nécrosique.

Amygdalites infectieuses. Angina herpétique. Angine phlegmoneuse. Infections mixtes et successives de la bouche et du pharynx. Angine diphtéroïde.

Traitements antiseptiques de l'angine diphtérique. Mercuriaux. Iodoforme. Iodure da potassium. Bromes et bromures. Soufre et sulfures. Acide salicylique et salicylate de soude. Benzoate de soude. Acide borique et borax. Chloral. Acide lactique. Acide oxalique. Résorcine. Quinoline. Essence de térébenthine et goudron de houille. Acide phénique et camphre. Perchlorure de fer. Créosote. Associations d'agents antiseptiques. Conclusions personnelles : ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Mesures prophylactiques.

Antisepsie des voies aériennes. — Antisepsie des fosses nasales. Plaies chirurgicales ou accidentelles. Affections ulcéreuses spécifiques. Coryza aigu simple. Coryza purulent. Coryza blennorrhagique des nouveau-nés. Blennorrhagie nasale de l'adulte. Ozène. Tuberculose nasala. Lupus du nez. Accidents syphilitiques. Cancer. Asthme des foins. Antisepsie nasale comme prophylaxie de la pneumonie.

Traitements antiseptiques de la coqueluche. Inhalations et pulvérisations de liquides antiseptiques, injections et insufflations nasales de poudres antiseptiques. — Antisepsie du larynx. Laryngite diphtérique, rubéolique. Laryngo-typhus. Laryngite tuberculeuse. Laryngite syphilitique, lépreuse.

Antisepsie de l'appareil respiratoire. — Rhume. Catarrhes bronchiques infectieux, primitifs et secondaires. Grippe. Bronchites da la rougeole, da la dothiénentérie et de la variole. Bronchites chroniques. Bronchite fétide. Gangrène pulmonaire. Broncho-pneumonies parasitaires des maladies infectieuses, secondaires à das diarrhées putrides. Pneumonie fibrineuse.

Tuberculose pulmonaire. Action des antiseptiques sur le virus tuberculeux. Expériences de H. Martin, Vallin, Niepce, Pilate, Mairet et Cavalier, Sormani et Brugnatelli, Coze et Simon. Médicaments antiseptiques employés dans le traitement de la phtisie. Créosote. Iode, iodures, iodoforme. Phosphate de cuivre. Tannin. Menthol.

Inhalations et pulvérisations d'iode, de benzoate de soude, de biiodure de mercure, d'acide picrique, d'acide fluorhydrique, d'acide sulfureux. Atmiomètre de Jacobelli.

Injections rectales gazeuses : acide carbonique, hydrogène sulfuré, sulfure de carbone. Méthode de Bergeon. Appareils de Morel, Bardet, Faucher.

Injections hypodermiques avec la vaseline liquide médicinale comme excipient. Eucalyptol. Acide sulfureux. Acide phénique.

Injections intra-parenchymateuses dans les cavernes. Prophylaxie de la tuberculose basée sur l'antisepsie. Rapport de M. Vallin à la Société des hôpitaux.

Antisepsie de tube digestif. — Microbes normaux du tube digestif. Rôle de certains microbes dans les phénomènes physiologiques de la digestion. Poisons formés par les microbes dans le tube digestif. Nombre et nature des micro-organismes contenus dans les boissons et les aliments. L'eau distillée et l'eau filtrée. Microbes contenus dans la glace des rivières et des étangs. Le lait et les microbes. Microbes des viandes gâtées.

Toxémies putrides d'origine intestinale et leur traitement antiseptique. Médicaments capables de réaliser l'antisepsie intestinale : sels de mercure, sulfites, sulfure de carbone, poudre de charbon. Désinfection et antisepsie. Recherches de M. Bouchard. Nécessité des antiseptiques insolubles pour réaliser l'antisepsie intestinale. Iodoforme, naphtaline, méthyl-naphtol, naphtol α et β. Leur pouvoir antiseptique et leur toxicité comparés.

Maladies du tube digestif auxquelles convient l'antisépsie. Ulcérations de l'œsophage. Maladies de l'estomac. Dilatation gastrique. Eau chloroformée, acide chlorhydrique, salicylate de bismuth, créosote, nitrate d'argent. Lavage de l'estomac. Embarras gastrique. Empoisonnements par les viandes gâtées.

Rétention des matières fécales (constipation, obstruction intestinale). Diarrhées infantiles. Affections ulcéreuses de l'intestin.

Fièvre typhoïde. Infection typhique et infections secondaires. Diverses tentatives faites, consciemment ou non, pour obtenir l'antisepsie de l'intestin. Travaux de M. Bouchard; son traitement de la fièvre typhoïde. Résultats avantageux. Application de l'antisepsie intestinale à la fièvre typhoïde des enfants. Résultats obtenus par M. Legroux, par MM. de Beurmann et Hillemand, par nous.

Entérites ulcéreuses et infections diverses. Diarrhée des tuberculeux, des urémiques. Diarrhée de Cochinchine. Antisepsie dans les maladies de gros intestin. L'art de prendre des lavements. Typhlite. Côlite. Dysenterie. Rectite. Antisepsie intestinale dans les maladies qui entravent les fonctions du foie et des reins, contre les accidents ataxo-adynamiques des fièvres. L'antisepsie intestinale contre la furonculose.

Antisepsie des séreuses. — Aperçu sur l'antisepsie des séreuses articulaires et péritonéale. La pleurotomie antiseptique faite par le médecin. L'antisepsie et les méninges.

Antisepsie du milieu intérieur. — Peut-on combattre les microbes dans le sang, la lymphe et les tissus? Objections des adversaires de l'antisepsie. Réponse à ces objections. Substances inoffensives pour les cellules animales et toxiques pour les végétaux parasites. Le pouvoir toxique et le pouvoir antiseptique ne sont pas parallèles. Exemples tirés de l'aniline, de l'acide phénique, des sels de mercure, des iodures. Avantages que donne l'asso-

ciation de plusieurs antiseptiques. L'antisepsie consiste moins à tuer les microbes qu'à les empêcher de se reproduire. Le changement de milieu peut rendre les espèces infécondes, aussi bien chez les végétaux que les animaux. Les médicaments dits spécifiques agissent très probablement comme antiseptiques : le mercure dans la syphilis, la quinine dans l'impaludisme, le salicylate de soude dans le rhumatisme. Les médicaments antithermiques agissent comme antiseptiques : la quinine dans la fièvre typhoïde et une des formes d'infection puerpérale.

Antisepsie du milieu intérieur dans la fièvre typhoïde. Essais multiples de médicaments antiseptiques. Acide phénique. Son pouvoir antithermique est le résultat d'une intoxication. Le mercure : frictions, sulfure noir, calomel, bichlorure. Supériorité de la quinine ; mode d'emploi de M. Bouchard pour l'adulte, de MM. Joffroy et Grancher chez les enfants. Association de la quinine au calomel, au salicylate de soude, à l'acide salicylique. La quinine agit dans la fièvre typhoïde à la manière d'un spécifique. Quinine dans la septicémie puerpérale, la pyohémie, l'endocardite septique. Antisepsie générale dans les fièvres éruptives, la diphtérie, la tuberculose, le cancer ; arsenic dans le lympho-sarcome et la sarcomatose cutanée. Avenir de l'antisepsie générale.

Appendice. — Prophylaxie des cas intérieurs de contagion dans les hôpitaux. Parallèle entre le système de l'isolement et l'antisepsie rigoureuse dans les salles.

Durée de l'isolement à la suite des maladies contagieuses. Action de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose.

Immunité contre le virus de la fièvre typhoïde conférée par des substances solubles.

De quelques antiseptiques nouveaux. Tribromophénol. Acide oxynaphtoïque. Combinaison des phénols monoatomiques avec le mercure et le calomel.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA NUTRITION

In *Traité de médecine*, 1888.

De la diététique. Aperçu historique. Diététique appliquée à la thérapeutique des diathèses, de la scrofule et de l'arthritisme. Régimes de régénération. Cures de réduction et de reconstitution.

Modificateurs hygiéniques agissant par l'intermédiaire du système nerveux. Incitations nerveuses centrales, médicamenteuses et psychiques. Incitations périphériques : révulsion. Balnéothérapie. Hydrothérapie. Climatothérapie. Thérapeutique des dyscrasies acides et de l'oxalurie, du rachitisme, de l'ostéomalacie, des dyscrasies lipogènes (séborrhées, obésité), des lithiases biliaire et urinaire, du diabète sucré et des pseudo-diabètes, de la goutte, du rhumatisme noueux.

THÉRAPEUTIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

1895, in-18 jésus (O. Doin).

Quand j'ai écrit ce livre, j'avais déjà vu soigner depuis 24 ans des fièvres typhoïdes dans les milieux les plus différents depuis l'hôpital de Rochefort où, en 1870, j'avais pour maîtres les professeurs de l'École de médecine navale qui traitaient la fièvre typhoïde chez nos marins et nos soldats par les purgatifs, l'alcool et le quinquina, plus tard dans les hôpitaux de Paris où j'ai vu mettre en œuvre bien des méthodes avant l'adoption définitive de la balnéothérapie ; j'avais soigné moi-même, comme remplaçant de praticiens de campagne, des typhiques dans les plus pauvres villages ; comme interne, chef de clinique ou médecin des hôpitaux, j'avais soigné la fièvre typhoïde chez des vieilles femmes, des épileptiques et des aliénés à la Salpêtrière, des enfants à l'hôpital de la rue de Sèvres et à Trousseau ; j'avais recueilli un très grand nombre d'observations et de courbes thermiques, je crois avoir lu tous les travaux importants, et cependant, écrivais-je dans l'introduction, chaque fois que j'ai à soigner un cas grave de fièvre typhoïde, j'éprouve encore l'inquiétude d'un novice ; car il est peu de maladies où le médecin puisse être, suivant sa conduite, aussi nuisible ou aussi utile. Si j'éprouve ce sentiment, c'est que je ne suis pas rallié à l'école médicale qui a systématisé le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide exclusivement.

J'accorde que la balnéation froide systématique de Brand est la thérapeutique qui garantit le plus grand nombre de guérisons chez les adultes hommes et habituellement bien portants. Cela ressort des statistiques. Mais la même démonstration n'a pas été faite à propos des enfants, des femmes, des personnes âgées, des individus débilités par une maladie chronique ou de mauvaises conditions hygiéniques, physiques ou morales (misère, excès de travail manuel ou d'activité psychique), goutteux ou tuberculeux, diabétiques ou albuminuriques, syphilitiques ou saturnins, cardiaques ou cérébraux, etc. Si j'étais Ministre de la Guerre, convaincu que la méthode de Brand est celle qui donne la plus faible mortalité globale et désireux uniquement de conserver le plus grand nombre d'hommes sous les drapeaux, je serais un Brandiste résolu. Dans la pratique civile, responsable de la vie de chaque typhique, je revendique le droit de décider dans chaque cas particulier le traitement qui me paraît offrir le plus de chances de sauvegarder sa vie.

Mais, si je me refuse à me ranger parmi les Brandistes purs, je suis cependant convaincu de la nécessité de faire intervenir dans tous les cas l'hydrothérapie comme un des éléments les plus utiles du traitement. J'utilise toutes les méthodes hydrothérapiques, en choisissant suivant les cas celle qui me paraît la mieux appropriée aux indications du moment. Bain de Brand, bains tièdes, bains progressivement et plus ou moins refroidis, affusions, lotions, drap mouillé, tous ces moyens peuvent être utilisés avec succès, répondant à des besoins divers. Pourtant toute cette eau ne suffit pas encore et il y a matière à d'autres actes médicaux, multiples, irréductibles en aphorismes balnéaires. Je trouve qu'on peut reprocher à Brand d'avoir négligé plusieurs des conditions du problème thérapeutique soulevé par la connaissance que nous possédons de la pathogénie si complexe des accidents qui rendent redoutable toute fièvre typhoïde. J'estime que M. Bouchard, au contraire, a dégagé d'une façon complète les éléments du problème et c'est à la lumière de son analyse que je me suis orienté au milieu du dédale des méthodes et des médications. C'est à ses principes que je me fais honneur de me rattacher dans ma pratique.

Introduction. — Brandisme systématique et éclectisme méthodique. — Faible valeur des statistiques actuelles au point de vue de la démonstration du meilleur traitement à instituer dans chaque cas en particulier. — Influences qui font varier la mortalité.

Position du problème thérapeutique. — 1° Analyse des éléments pathogéniques du processus typhique en général. — 2° Étude des modifications apportées aux données pathogéniques par les diverses circonstances : d'âge, de sexe, d'antécédents physiologiques ou pathologiques, de lieu, c'est-à-dire de ressources matérielles, d'état social, etc., etc.

PREMIÈRE PARTIE

Moyens dont nous disposons pour répondre aux indications thérapeutiques.

Chapitre I. — *Soins hygiéniques.* — Installation de la chambre. — Garde-malades. — Surveillance des téguments. — Soins de la bouche et des cavités naturelles. — Examen des urines. — Liste des objets qui peuvent être utiles pendant le cours de la maladie.

Chapitre II. — *Diététique.* — Boissons. — Alimentation pendant la fièvre. — Alimentation du convalescent.

Chapitre III. — *Antisepsie.* — Médications antiseptiques. — De l'antisepsie en général dans la fièvre typhoïde.

Des médications antiseptiques. — Du choix des antiseptiques. — Règles pour l'antisepsie des surfaces. — Antisepsie du milieu intérieur. — Acide borique. — Acide lactique. — Charbon végétal. — Chloroforme. - Carbonate de gaïacol. — Naphtaline. — Mercuriaux. — Composés iodiques. — Sulfure de carbone. — Perchlorure de fer. — Lysol. — Tricrésol. — Térébenthine. — Sels de bismuth. — Naphtols α et β. — Bétol. — Benzonaphtol. — Règles pour l'antisepsie intestinale.

Bactériothérapie. — Avec la culture des bacilles pyocyaniques, avec les bactéries de la putréfaction, avec les cultures du bacille typhique. — Sérumthérapie.

Chapitre IV. — *Antithermie.* — Les antipyrétiques médicamenteux : Acide phénique. Composés salicylés. — Résorcine. — Kairine. — Thalline. — Acétanilide. — Phénacétine. — Lactophénine. — Antipyrine. — Ergot de seigle. — Quinine. — Badigeonnages de gaïacol.

Médication réfrigérante (psychrothérapie). — Historique de la médication réfrigérante. — Cyrillo, les frères Hahn. — Currie. — Giannini. — Portal. — Récamier. — Jacquez (de Lure), Leroy (de Béthune). — Brand. — Liebermeister. — Fr. Glénard. — Discussion dans les sociétés savantes de France et d'Allemagne de 1874 à 1894. — Procédés divers de la médication réfrigérante. — Réfrigération par l'air froid, par l'eau froide. — Affusion froide. — Lotions. — Lavements froids. — Enveloppements froids (drap mouillé). — Application froide locale. — Compresses imbibées d'eau froide. — Vessie de glace. — Matelas réfrigérant. — Appareils à circulation d'eau froide de Clément et de Dumontpallier.

Bains froids. — Première méthode de Brand. — Méthode de Jurgensen. — Méthode de Liebermeister. — Deuxième méthode de Brand. — Technique : baignoire, eau, température, durée, thermomètre. — Préparation du malade. Ce qu'il faut faire avant, pendant et après le bain. — Modifications à la formule balnéaire suivant les cas, formes légères, moyennes, sévères, malignes. — Bains tièdes à température constante. — Bain tiède continu de Riess. — Bains mixtes (tièdes à température décroissante, convertis en bains frais ou froids). Méthode de Ziemssen. — Méthode balnéaire de M. Bouchard (bains tièdes très lentement refroidis tout en restant tièdes). — Résumé du traitement de M. Bouchard.

DEUXIÈME PARTIE

Appropriation des méthodes générales de traitement aux cas particuliers.

Chapitre I. — *Traitement suivant les formes.* — Traitement schématique d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne chez un adulte quelconque. — Particularités relatives au traitement chez la femme (troubles nerveux, etc.). — Menstruation. — Grossesse. — Avortement. — État puerpéral. — Allaitement. — Fièvre typhoïde chez les enfants. — Au-dessous de 2 ans. — Dans la seconde enfance. — Emploi de la quinine à doses élevées. — Complications et accidents. — Fièvre typhoïde chez les personnes âgées.

Formes atténuées cliniquement. — Formes bénignes (typhus levissimus, typhus abortif). — Formes latentes (typhus ambulatoire). — Formes malignes. — Forme adynamique. — Règles pour l'emploi de l'alcool. — Abus du quinquina. — Forme ataxique (pseudo-ataxie et ataxie vraie). — Forme hémorragique.

Formes modifiées par prédominance de certaines localisations. — Forme gastro-hépatique ou bilieuse. — Forme abdominale. — Forme cardiaque : myocardite, endocardite, péricardite. — Perturbation fonctionnelle des centres nerveux et des nerfs du cœur. — Forme rénale. — Forme pulmonaire. — Bronchite. — Congestion hypostatique. — Raptus congestifs. — Broncho-pneumonie. — Pneumonie lombaire (pneumo-typhoïde). — Formes atypiques. — Forme sudorale pseudo-intermittente. — Formes apyrétiques. — Forme spléno-typhoïde. — Forme septicémique. — Forme typho-malarienne.

Des méiopragies ou propathies. — Tempérament nerveux. Névroses. Maladies nerveuses

organiques. — Alcoolisme. — Morphinisme. — Propathies gastro-intestinales (dilatation de l'estomac, dyspepsie, entérite). — Propathies cardio-vasculaires (rétrécissement mitral, insuffisance mitrale, insuffisance aortique). — Propathie rénale. — Propathies de la nutrition. — Obésité, diabète, goutte et rhumatisme. — Syphilis. — Propathies chroniques des voies respiratoires : bronchite chronique, emphysème, asthme. — Pleurésie. — Tuberculose pulmonaire.

Traitement des cas où la fièvre typhoïde est associée à une autre infection (grippe, fièvres éruptives, typhus pétéchial, choléra, rhumatisme articulaire aigu, érysipèle, diphtérie).

Recrudescences. — Rechutes. — Organisation du traitement suivant le climat, les conditions sociales (fièvre typhoïde du pauvre), — Pratique rurale. — Pratique hospitalière (salles spéciales pour typhiques).

Chapitre II. — *Traitement des complications, accidents et séquelles.* — Abcès (suppurations diverses). — Adénopathie trachéo-bronchique. — Albuminurie. — Amnésie. — Angines. — Aortite. — Aphonie. — Artérite. — Arthropathies. — Ataxie. — Atélectasie pulmonaire. — Avortement. — État bilieux. — Complications biliaires. — Bronchites. — Carphologie. Céphalalgie. — Congestion du cerveau. — Chute des cheveux. — Troubles du cœur. — Coliques hépatiques. — Coliques intestinales. — Colo-typhus. — Collapsus. — Coma. — Congestion pulmonaire. — Constipation. — Contractures, crampes. — Convulsions. — Décubitus. — Délire. — Complications dentaires. — Diarrhée. — Diphtérie. — Douleurs. — Dyspepsie. — Dysphagie. — Dyspnée. — Emphysème pulmonaire. — Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané. — Épilepsie. — Épistaxis. — Érysipèle. — Érythèmes. — Fissure anale. — Fuliginosités. — Furoncles. — Gangrènes. — Gangrène pulmonaire. — Gingivite fongueuse ou ulcéreuse. — Grossesse. — Haleine fétide. — Hémiplégies. — Hémoglobinurie. — Hémorragies. — Hémorragie intestinale. — Complications hépatiques : abcès du foie, cholécystite, péri-hépatite, colique hépatique. — Herpès. — Hyperesthésie. — Hyperthermie. — Hypothermie. — Hypostase. — Hystérie. — Ictère. — Infections secondaires. — Insomnie. — Hémorragie de l'intestin. — Perforation de l'intestin. — Laryngite, laryngotyphus. — Lombrics. — Malaria. — Manie, mélancolie. — Muguet. — Météorisme. — Méningite. — Myocardite. — Myosite. — Œdèmes. — Orchites. — Complication du côté des oreilles. — Complications osseuses. — Paralysies. — Troubles de la parole. — Parotidites. — Péricardite. — Péritonite. — Pleurésies (pleuro-typhoïde). — Pneumonie. — Pneumothorax. — Pollutions. — Troubles psychiques. — Pyoémie. — Rate (spléno-typhoïde, infarctus, abcès, rupture). — Rachialgie. — Rhumatismes. — Congestion des seins. — Soubresauts des tendons. — Splénisation. — Strabisme. — Sueurs. — Suppurations. — Surdité. — Syncope. — Syphilis et blennorragie. — Tétanie. — Thrombose. — Thyroïdite. — Toux. — Tremblement. — Trismus. — Tympanite. — Tuberculose. — Urémie. — Rétention d'urine. — Incontinence d'urine. — Infections urinaires par coli-bacille (cystite, pyélite, néphrite, périnéphrite). — Vergetures. — Vertiges. — Vomissements. — Accidents du côté des yeux.

TROISIÈME PARTIE

Prophylaxie.

Étiologie. — Causes prédisposantes et occasionnelles. — Rôle du surmenage, de l'encombrement. — Du méphitisme du sol. — Usage de boissons contaminées par des matières fécales.

Rôle pathogénique du bacille typhique. — Le bacille d'Eberth et le coli-bacille. — Procédés

d'isolement. — Caractères morphologiques, biologiques. — Caractères infectieux. — Modes de transmission du germe typhique. — Les personnes, les objets, l'air, le sol, les aliments. — *Moyens prophylactiques.* — 1° Préserver l'eau de boisson de toute contamination. — Assurer aux habitants l'eau de source, avec périmètre de préservation des sources. — Canalisations étanches et distinctes pour l'eau de source et l'eau fluviale. — 2° Prévenir ou supprimer les causes d'infection du sol et des habitations. — Désinfection des déjections. — Préparation du lait de chaux. — Désinfection des linges, vêtements, literie. — Désinfection des locaux. — 3° Empêcher la souillure de l'air. — 4° Préserver contre les souillures les aliments, le lait surtout. — 5° Mettre les individus dans le meilleur état de résistance organique.

LES RÉGIMES ALIMENTAIRES USUELS

Avec Alfred Martinet.
(Masson, 1910), in-8.

De l'utilité du sac de glace précordial contre les troubles cardiaques des maladies infectieuses aiguës.

(*Société médicale du IXe arrondissement*, 1895).

Les *effets produits* par l'application du sac de glace chez les malades atteints de troubles fonctionnels du cœur symptomatiques d'une péricardite, d'une endocardite aiguë, ou simplement d'une infection générale hyperpyrétique ayant frappé l'appareil d'innervation cardiaque dans ses origines bulbaires ou ses filets nerveux ou ses ganglions intra-cardiaques, sont des plus intéressants.

Le premier est l'amélioration ou la disparition des phénomènes douloureux. On est frappé de voir que l'application de la glace est plutôt agréable que pénible à la plupart des malades ; bon nombre m'ont dit qu'ils éprouvaient pendant son contact un soulagement de leur angoisse précordiale, de la sensation pénible provoquée par la violence des battements et leur arythmie.

Le second est le ralentissement des battements cardiaques, déjà apparent au bout de quelques heures, quelquefois de quelques instants, ralentissement qui s'accentue graduellement ; dans un très grand nombre de cas, j'ai vu des malades qui avaient 140 à 150 P. avant l'application du sac de glace, avoir 120 le lendemain, 100 le surlendemain, 80 le troisième jour.

Parallèlement, les contractions cardiaques, si elles étaient faibles, deviennent plus énergiques et le pouls, de filiforme ou onduleux, devient plein et mieux détaché.

Quand l'impulsion cardiaque était d'une violence exagérée, elle se calme

peu à peu. Dans le premier cas le froid agit comme tonique, dans le second comme sédatif.

L'effet produit sur l'arythmie n'est pas moins frappant; les faux pas, les intermittences deviennent plus rares et disparaissent, ainsi que les bruits de galop et les dédoublements. Quant aux frottements péricardiques, ils s'accentuent naturellement au contraire, ainsi que les véritables souffles orificiels, en proportion de la reprise de l'énergie des contractions. On observe, en somme, des phénomènes analogues à ceux qui suivent l'administration de la digitale et des médicaments dits toniques du cœur.

Je ne puis dire dans quelle mesure l'application du sac de glace contribue non seulement à dissiper les troubles fonctionnels, mais à guérir l'inflammation de la séreuse péricardique, de l'endocarde et du myocarde. Je puis affirmer du moins qu'elle n'y nuit pas.

Note sur le benzonaphtol et quelques autres corps qui ont été proposés pour l'antisepsie des voies digestives.

(Salicylates des naphtols, de para et d'orthocrésol, paracrésotinates de phénol et de paracrésol, carbonaphtolate de phénol.)

Recherches sur la toxicité du camphre, des naphtols α et β camphrés.

(*Société médicale des hôpitaux*, 13 mai 1892.)

Action convulsivante du naphtol camphré injecté dans les séreuses des animaux.

(*Société des hôpitaux*, 27 octobre 1893.)

Les bains froids dans le traitement de l'érysipèle.

Chargé en 1893 d'un service d'érysipélateux, j'ai essayé tous les traitements usités jusqu'alors et n'ai pas constaté la supériorité marquée d'aucun traitement médicamenteux; mais je me suis convaincu que par l'emploi méthodique des bains froids, dès que l'érysipèle s'accompagne d'une température élevée, on obtient la guérison de presque tous les malades qui n'ont pas de tares organiques antérieures trop profondes.

Le sulfate de cinchonamine comme antithermique.

Les injections sous-cutanées d'acide lactique à 1/100 ou 1/50 comme antiseptique local.

Avec M. Beaussenat (*Société des hôpitaux*, 1893.)

De l'utilité des enveloppements humides permanents du thorax contre l'élément fluxionnaire dans les maladies des voies respiratoires.

(*Société des hôpitaux*, 1894.)

C'est en 1886 que j'ai commencé à appliquer systématiquement ce procédé de traitement chaque fois qu'un élément congestif apparaît au cours d'une bronchite, d'une bronchopneumonie, d'une pneumonie. C'est dans les congestions pulmonaires des infections aiguës que j'ai obtenu les meilleurs résultats ; mais j'en ai tiré aussi très souvent un bon effet chez les tuberculeux au moment des poussées congestives.

Accidents cérébraux à forme maniaque avec hyperthermie au 19ᵉ jour d'une scarlatine ; coïncidence de leur apparition avec une oligurie sans albuminurie et de la guérison avec le retour de la sécrétion urinaire. Utilité des bains froids et surtout tièdes et des lavements froids multipliés comme diurétiques.

(*Congrès de l'association française pour l'avancement des Sciences*, Caen, 1894.)

Opothérapie gastrique par la gastérine de Frémont.

(Suc gastrique canin)
dans divers cas d'insuffisance digestive ou d'infection gastro-intestinale.
(*Société des hôpitaux*, 21 juin 1901.)

Endocardite à staphylocoques au cours d'une grossesse avec début de tuberculose. Traitement par les injections intraveineuses de collargol. Guérison des accidents septicémiques malgré la persistance d'une lésion orificielle.

(*Société des hôpitaux*, 31 juillet 1903.)

Réflexions à propos d'un cas d'endocardite ulcéreuse traitée par les injections intraveineuses de collargol sans succès malgré la chute de la température.

(*Société des hôpitaux*, 9 octobre 1903.)

Deux cas de guérison d'endocardites aiguës graves traitées par le sérum de Rosenthal.

(*Société des hôpitaux*, 1910.)

L'alcool en thérapeutique

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1903.)

Dans cette note je constate que l'engouement pour la médication alcoolique a diminué très sensiblement. Depuis 1860, époque où les succès obtenus par Todd dans le traitement des affections fébriles firent naître en France cet engouement, l'usage de l'alcool en thérapeutique a régné presque sans contestation jusque vers 1880. Il s'est fait une vraie débauche de Potion de Todd et de vin de quinquina dans nos hôpitaux. Depuis 25 ans la vogue de l'alcool a diminué pour diverses raisons. Dans les infections fébriles, dans le delirium tremens, dans les affections aiguës des voies respiratoires, l'emploi de plus en plus généralisé des méthodes hydrothérapiques, la sérothérapie dans la diphtérie permettent d'obtenir d'aussi beaux et même de plus fréquents succès que l'usage des alcooliques. L'avènement de l'alcool en thérapeutique était venu à son temps et avait donné des résultats avantageux parce qu'il succédait à l'abus des médications déprimantes, des saignées, des émétocathartiques, des tisanes. Comme l'a enseigné M. Bouchard, la matière humaine ne réagit plus de même à cinquante ans d'intervalle contre les agents morbifiques ; elle réagit aussi de façon différente aux agents thérapeutiques. L'alcool convenait à des générations de malades que l'on avait eu trop de tendance à hyposthéniser. De nos jours, où prédominent les maladies par ralentissement de la nutrition, la névropathie et plus particulièrement les réactions cérébrales excessives, le « cérébralisme » (si je puis me permettre ce néologisme) et les processus scléreux multiviscéraux, où se multiplient les affections du tube digestif, de l'appareil circulatoire et des reins, où les réactions nerveuses d'une intensité inouïe apparaissent dès le plus

jeune âge dans une population qui a fait entrer depuis un demi-siècle l'alcool de plus en plus et les stimulants chimiques de tout genre dans son alimentation, le médecin doit orienter tout autrement sa thérapeutique et, sans renoncer aux ressources précieuses que peuvent lui fournir passagèrement les préparations alcooliques, ne les employer qu'avec discrétion et discernement, en leur substituant le plus souvent possible les multiples ressources que fournit l'hydrothérapie habilement maniée comme médication tonique, diurétique et régulatrice des réactions nerveuses.

Influence prédominante du facteur névropathique dans la pathogénie de la colopathie mucino-membraneuse et conséquence thérapeutique.

(*Société des hôpitaux*, 1904.)

Plus je vois de malades atteints de colite muco-membraneuse, et plus je suis convaincu que la pathogénie de ce syndrome est dominée par un état névropathique général et originel. Ce qui me fait dire que la stase fécale ne suffit pas pour amener l'hypersécrétion du mucus du côlon avec les modifications qualitatives de la mucine qui aboutissent à l'état membraniforme, c'est qu'on rencontre souvent des malades n'allant à la garde-robe qu'à des intervalles éloignés pendant de nombreuses années, sans présenter cependant jamais cette augmentation et cette transformation lamelleuse de la sécrétion muqueuse du côlon.

Par contre, il y a des sujets appartenant à la classe de plus en plus nombreuse des neurasthéniques (ptosiques, vertigineux et phobiques) qui, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle de stase fécale (spasme ou coudure du côlon), réalisent cet état que je préfère dénommer « colopathie » que colite et « mucino » que muco-membraneuse ; car l'état inflammatoire me paraît des plus douteux, du moins à l'origine, et en tout cas fort inconstant.

Je ne conteste pas, d'ailleurs, le rôle de la stase fécale, pas plus que l'influence irritante d'un contenu intestinal trop acide ou putride. Il y a bien d'autres épisodes parallèles, découlant d'infections secondaires dues à la suractivité passagère de tels ou tels microbes intestinaux, ou de fluxions cataméniales ou d'hyperalgésies paroxystiques, de lithiase intestinale, voire même de folliculites appendiculaires.

Si je souligne l'importance qui s'attache au facteur névropathique, c'est

qu'au point de vue du traitement il faut en tenir le plus grand compte. Sans doute, il est indispensable d'éviter la stase fécale, de nettoyer la muqueuse du côlon, de diminuer, par un régime approprié, les fermentations gastriques et l'acidité du contenu intestinal, de réduire les ptoses et de soigner les autres organes abdominaux, s'il y a lieu, mais ces divers moyens ne suffiraient pas à remettre les malades en santé et n'empêcheraient pas les rechutes, si on n'agissait pas sur leurs réactions nerveuses, nervo-motrices, vaso-motrices et nervo-sécrétoires originellement troublées. Aussi, voyons-nous ces malades ne guérir que si on les a traités, non seulement comme dyspeptiques, comme dilatés et comme constipés, mais comme névropathes. L'hydrothérapie et les autres moyens physiques, et aussi la *psychothérapie*, ne leur sont pas moins nécessaires que la médication évacuante et le rétablissement de la statique abdominale.

La question des purgatifs.

I. Critique de la médication purgative. — II. Le maniement des purgatifs. (*Bulletin médical*, 1908.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

De la nécessité de multiplier les petits sanatoriums pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(*Congrès de la tuberculose*, 1898.)

Quelles sont les conditions indispensables pour un petit sanatorium ?

Des chambres à coucher orientées au midi, avec un mobilier des plus simples, une salle à manger et une galerie vérandah, un jardin dans lequel on puisse disséminer quelques kiosques, ou mieux des tentes-abris ou guérites mobiles. Il n'est pas besoin d'un fort capital pour tenter l'entreprise, ni d'un gros fonds de roulement pour la faire prospérer.

Au sujet du nombre de malades, deux combinaisons paraissent pouvoir être réalisables.

L'une consiste à n'avoir que trois ou quatre malades, qu'un médecin de la campagne ou de la banlieue d'une ville pourrait prendre en pension et soigner, tout en continuant sa clientèle.

L'autre est l'installation d'un sanatorium, auquel le médecin se consacre exclusivement.

Dans cette seconde combinaison, il faut que le sanatorium soit assez grand pour que les frais généraux soient infimes par rapport à la quantité de malades qu'il peut recevoir. Il faut en outre que le sanatorium soit ouvert toute l'année, il faut qu'il se trouve en pays tempéré. Le chiffre de malades convenable pour ce genre de sanatorium paraît être 20.

Cela résulte des calculs fort intéressants qu'a bien voulu me communiquer un confrère, fondateur d'un petit sanatorium auquel il se consacre tout entier, mais qui ne comporte que dix malades, et se trouve dans un pays où l'été est trop chaud. Or, un sanatorium ouvert pour l'hiver n'est pas plein pendant six mois ; les premiers malades commencent à arriver à la fin d'octobre et partent vers la fin d'avril.

Le prix quotidien demandé à chaque malade est 15 francs, son entretien est évalué en moyenne à 8 fr. 50, somme à laquelle il faut ajouter l'intérêt du capital engagé pour premier établissement (mobilier, instruments, etc.), 35 000 francs, dont l'intérêt à 4 pour 100 est 1 400, et le loyer avec les impôts et charges 5 000 francs, soit 3 fr. 50 par jour et par malade.

Coût : 8 fr. 50 + 3 fr. 50 = 12 francs.

Bénéfice : 15 — 12 = 3 francs, par jour et par malade.

Ces 3 francs représentent : 1° l'amortissement du capital ; 2° les honoraires du médecin et sa nourriture ; 3° les nouveaux achats ou réparations du matériel avarié.

Le bénéfice est maigre quand il n'y a que 10 malades !

Il est évident maintenant que, si au lieu de 10 malades le sanatorium en peut contenir 20, le prix de revient de chacun serait, au lieu de 8 fr. 50, 8 francs ou 7 fr. 50. L'intérêt de l'argent et le loyer pourraient être réduits à 2 fr. 50 par jour. Chaque malade coûterait 7 fr. 50 + 2 fr. 50 = 10 francs, et, comme il paye 15 francs, il rapporterait 5 francs.

Si le sanatorium restait ouvert toute l'année, l'intérêt et le prix quotidien de revient baisseraient encore : le malade, qui payerait 15 francs pourrait ne plus coûter que 8 fr. 75, et le bénéfice serait de 6 fr. 25. Alors le médecin trouverait une rémunération convenable, et le succès serait définitivement assuré. Il serait donc à souhaiter que tous les sanatoriums du type 10 ou 20 malades fussent dans des régions tempérées pour rester ouverts toute l'année.

Dans le système où quelques tuberculeux seraient pensionnaires chez un

médecin, celui-ci devrait n'augmenter ses frais généraux que du prix de la nourriture et du logement de ses pensionnaires et continuer à avoir une clientèle indépendante. Il est désirable que le chiffre des pensionnaires ne soit pas inférieur à 4. Car, si au point de vue des résultats thérapeutiques il est incontestable que les petits sanatoriums sont supérieurs aux grands, là encore il y a une limite ; un tuberculeux ne se soigne que s'il voit ses voisins le faire. La contagion de l'exemple est une nécessité dans un sanatorium, elle ne peut s'exercer que s'il y a assez de malades : or, si sur 3, il vient à s'en trouver 2 d'un naturel indolent et d'un moral déprimé, le troisième subira vite le découragement et la suggestion du médecin risquera fort de ne pouvoir contrebalancer l'influence fâcheuse des deux mauvais malades. Avec 4 personnes il y a une chance favorable de plus en faveur du médecin.

Dans une époque où le corps médical de notre pays se plaint de plus en plus des difficultés de la lutte pour la vie, où on répète qu'il y a pléthore de praticiens, je vois toute une série de débouchés pour les confrères qui entreprendraient de fonder des petits sanatoriums sur les modèles dont je viens de parler.

On m'objectera qu'un médecin marié et père de famille n'ira pas de gaîté de cœur installer la tuberculose à son foyer. — A cette objection je répondrai que la connaissance précise possédée aujourd'hui des modes de transmission du bacille permet d'éviter à coup sûr la contagion dans une maison bien tenue.

Le médecin père de famille peut d'ailleurs avoir sa maison personnelle à l'écart du sanatorium.

Et puis il y a des médecins sans enfants, mariés ou veufs, qui, atteints eux-mêmes légèrement de tuberculose, ne supporteraient pas la fatigue de la clientèle courante, mais qui pourraient parfaitement suffire à la direction d'une maison de quelques malades.

Et la clientèle ne leur manquerait certes pas ! Le jour où dans chaque département, ou dans un département peu éloigné, existeraient quelques types de petits établissements semblables à ceux que je viens d'esquisser, les uns en plaine, les autres en montagne, nous n'aurions pas de peine à les alimenter de tuberculeux susceptibles d'être guéris ou améliorés.

On a dit encore : « Mais les médecins ne se priveront pas des malades qui les font vivre, pour les envoyer à leurs confrères des sanatoriums. » — Je ne crois pas que les médecins soient guidés le plus souvent par un autre mobile

que l'intérêt bien entendu de leurs clients ; quand ils se seront convaincus, par l'exemple des améliorations et des guérisons obtenues dans de petits établissements fermés, *à la condition de les y envoyer* DÈS LE DÉBUT *de la maladie diagnosticable,* que c'est le seul moyen d'en arrêter la progression, quand ils pourront conseiller à leurs malades de s'y résigner sans se voir objecter le trop lointain déplacement et l'énormité des frais qu'il impose, je suis certain que la majorité des médecins adoptera ce mode de traitement.

On a dit enfin : « Les Français sont indisciplinables ; ils ne sont pas, comme les Allemands, disposés à se laisser embrigader dans des maisons de santé où on leur demande d'abdiquer leur indépendance. » — Mais je répondrai que, le jour où les médecins seront convaincus, ils imposeront aisément leur conviction aux malades ; il faut seulement que l'accord soit fait entre nous. Toutes les fois qu'une thérapeutique a réuni l'assentiment unanime des médecins, il n'y a guère d'exemple que le public s'y soit montré longtemps rebelle. L'exemple de la docilité avec laquelle les familles ont accepté la sérumthérapie de la diphtérie ne le prouve-t-il pas ?

Et, si la plupart des familles répugnent aujourd'hui à laisser partir leurs malades pour un sanatorium lointain, d'un abord difficile, où elles le savent mêlé à une centaine d'autres malades venus de tous pays, il est bien probable qu'elles se résigneront bien plus aisément à le placer dans un établissement de la région ou d'une région voisine, en communauté avec un petit nombre de malades qui seront probablement à peu près de la même région, et avec la facilité d'aller le visiter assez souvent.

Il faudrait aussi les *sanatoriums à bon marché* et les *sanatoriums gratuits* pour un département ou un arrondissement.

Il ne serait pas impossible, semble-t-il, d'organiser en un ou plusieurs points de nos principaux départements des sanatoriums de vingt lits, pour lesquels on demanderait une faible rétribution à chaque malade ; les communes pourraient payer pour leurs indigents. On éviterait bien des cas de contagion en procédant ainsi et on guérirait certainement des malheureux qui succombent aujourd'hui, dans les campagnes comme dans les villes. Je ne vois donc, pour ma part, à la création des petits sanatoriums pour tuberculeux en un grand nombre de points de notre pays aucun des obstacles qui ont jusqu'ici, à mon sens, entravé la création des grands sanatoriums d'altitude.

Pour conclure, je propose au Congrès d'exprimer le VOEU *que l'initiative privée du corps médical et du public aboutisse à la création, dans notre pays,*

d'un grand nombre de petits sanatoriums (de 4 à 20 malades) pour le traitement de la tuberculose par l'hygiène.

Le Congrès a adopté ce vœu. Il reste à souhaiter que sa réalisation soit prochaine.

Les sanatoriums français pour tuberculeux.

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1899.)

Voici les conclusions que je soumettais à la discussion de la Société.

I. — *Le traitement de la tuberculose pulmonaire doit être surtout et avant tout hygiénique et diététique.* Ce traitement basé sur l'aération continue, le repos, la suralimentation méthodiquement et intelligemment conduite, est toujours nécessaire ; il est le plus souvent suffisant, *à la condition d'être commencé aussitôt que le diagnostic est certain ou même probable* et continué assez longtemps.

Il peut être favorisé par l'emploi de certains médicaments ; mais ceux-ci ne peuvent le remplacer.

Le traitement hygiéno-diététique peut être fait par le malade en liberté, mais dans le plus grand nombre des cas *il réussira beaucoup plus sûrement si le malade est dans un sanatorium.*

II. — Le sanatorium n'est pas nécessaire pour tous les tuberculeux, mais il est *nécessaire à beaucoup* d'entre eux, au moins *pendant un certain temps, pour commencer la cure et discipliner le malade.*

Les *avantages du sanatorium* pour les tuberculeux sont :

1° De leur apprendre à se soigner par l'hygiène, c'est-à-dire à se reposer, à manger intelligemment, à respirer, à ne pas tousser inutilement, à ne pas cracher autre part que dans un crachoir ;

2° De les soustraire à leur milieu, pour qu'ils n'y sèment pas la contagion, et pour leur éviter, suivant les circonstances, les soucis ou les plaisirs fatigants.

Aussi une *surveillance médicale constante* d'une part, la *soustraction au milieu habituel* de l'autre, voilà les deux buts principaux.

III. — Ces avantages sont donc indépendants des conditions de climat et d'altitude, bien que celles-ci jouent certainement un rôle auxiliaire des plus importants.

L'*altitude*, surtout la grande altitude, convient à certains tuberculeux, mais non à tous, ni même au plus grand nombre. Elle est nuisible à certains, et même fatale à quelques-uns (les éréthiques, les hémoptoïsants, etc.). Donc *il est faux que les sanatoriums doivent être tous en des lieux élevés.*

Le climat, en envisageant cette notion au sens médical, comporte des facteurs multiples : la température et ses variations, la direction habituelle des vents, la poussière, l'hygrométricité, l'état du ciel, les qualités du sol au point de vue de l'absorption des pluies ou de l'existence des nappes d'eau souterraines, etc. Ces multiples facteurs peuvent se trouver groupés de façons tellement diverses que, pour les mêmes degrés de longitude et de latitude, à quelques lieues de distance, deux villes puissent offrir les principaux attributs de climats très dissemblables.

Pour les médecins connaissant bien les départements qu'ils habitent, il serait facile de trouver dans les deux tiers de notre admirable France, si merveilleuse par la variété de son sol, des sites parfaitement convenables pour réaliser les caractères des types principaux des climats utilisés en thérapeutique, sédatifs, toniques ou excitants. On ne saurait, sans fermer les yeux à l'évidence, nier que *les départements méditerranéens et pyrénéens du midi de la France sont sans rivaux à ces divers points de vue pour la majorité des tuberculeux pendant la saison froide*, et que *les départements de l'Ouest et du Centre, le Dauphiné, le Jura et les Vosges offrent pendant la saison chaude des avantages égaux, sinon supérieurs, à ceux dont peuvent se targuer les pays d'outre-Rhin.*

IV. — Sans méconnaître certains avantages offerts par les grands sanatoriums, surtout au point de vue pratique et pécuniaire, nous jugeons ces vastes agglomérations de centaines de malades moins avantageuses au point de vue du résultat thérapeutique.

Notre préférence est donc *pour les petits sanatoriums* du type 20 malades (10 à 30).

Ce qui nous en fait d'ailleurs souhaiter la multiplication, c'est qu'il n'y a que le grand nombre des petits sanatoriums qui puisse donner satisfaction aux multiples desiderata de la pratique, en ce qui concerne la *nécessité de trouver dans le plus grand nombre de nos provinces des établissements fermés d'un prix modéré*, n'obligeant pas les malades à de lointains déplacements.

Nous encourageons donc ceux de nos confrères qui se sentent l'aptitude à créer des établissements de ce genre à le faire le plus vite possible et, d'autre part, nous exhortons les autres praticiens à les soutenir, en leur confiant aussitôt que possible ceux de leurs malades qui leur paraissent devoir bénéficier de la cure.

Les malades, une fois disciplinés et améliorés, reviendront avec de bonnes

habitudes et disposés à continuer en famille, sous la tutelle de leur médecin habituel, la cure au bout de laquelle se trouvera le plus souvent la guérison.

Le facteur moral dans les sanatoriums et les qualités nécessaires aux médecins qui les dirigent.

(*L'Œuvre antituberculeuse,* 1900.)

J'entends par facteur moral l'*appoint que fournit au traitement d'une maladie l'état moral du malade,* état moral soumis à des influences multiples, les unes échappant à la volonté du médecin, les autres dépendant de lui.

Le facteur moral est important dans toute maladie, mais il l'est surtout dans les maladies chroniques, dans celles où le malade, ayant conservé toute sa lucidité, se laisse aller plus facilement au découragement, parce qu'il suit pas à pas les progrès de son mal, et où il a pourtant conservé assez de volonté pour en faire un mauvais usage, s'il n'est pas constamment sous la tutelle du médecin.

La tuberculose pulmonaire chronique est, pour ainsi dire, le type des maladies chroniques où la tutelle médicale est le plus nécessaire aux malades. Aussi, parmi les avantages multiples que présente pour un tuberculeux l'entrée au sanatorium, je suis tenté de placer en première ligne la *mise en tutelle du malade,* à la condition que le médecin soit pour lui un tuteur pourvu des qualités nécessaires à cette honorable et redoutable fonction.

Afin d'apprécier à quel point une direction morale constante et vigilante est indispensable au tuberculeux pour qu'il guérisse, passons en revue les conditions les plus communes dans lesquelles évolue la tuberculose pulmonaire chronique.

Elle frappe le plus souvent des individus qui sont tombés en état d'opportunité morbide par suite d'une déchéance organique héréditaire ou acquise, et c'est le plus souvent la déchéance du système nerveux qui ouvre la porte à l'infection; car c'est le système nerveux qui est le grand régulateur de la nutrition, la sentinelle continuellement en éveil pour la défense de l'organisme.

La déchéance du système nerveux peut être héritée, comme chez ces adolescents débiles, fils de tuberculeux ou de névropathes, chez lesquels on relève de bonne heure les signes d'une défaillance périodique de la volonté, ou ce défaut d'équilibre moral, qui par le jeu alternatif de réactions nerveuses opposées les fait sans cesse osciller entre des actes outranciers d'une imprudence notoire et des découragements profonds. Ce sont des êtres qui, même en état

de santé apparente, sont à peine capables de se conduire correctement dans la vie. Quand ils auront contracté la maladie tuberculeuse, comment espérer qu'ils puissent entreprendre d'eux-mêmes avec succès cette lutte patiente et prolongée, que nous savons nécessaire pour résister à l'invasion bacillaire et en triompher ?

Une autre importante catégorie de tuberculeux est celle des sujets chez lesquels l'infection se développe à la suite d'une première maladie aiguë ou chronique qui les a mis déjà en état de déchéance nerveuse ; ceux-ci encore, où puiseront-ils l'énergie continue qui peut seule les aider à guérir ?

Et les innombrables intoxiqués par l'alcool, et les pitoyables morphinistes, quand ils sont devenus tuberculeux, quel effort personnel attendre d'eux, puisqu'ils n'ont pas su déjà résister à la tyrannie du poison volontairement acceptée ?

Donc, à part des exceptions, qui se font d'autant plus rares dans la société contemporaine que l'on y voit décroître à la fois la volonté et l'esprit de suite, on peut dire que la plupart des tuberculeux sont incapables de mettre d'eux-mêmes en pratique, avec la continuité indispensable au succès, les recommandations les plus pressantes que leur a faites le médecin, s'ils n'ont pas abdiqué, en quelque sorte, entre les mains de celui-ci, dès le début du traitement.

Je pose en fait que, dans le plus grand nombre des circonstances, l'entourage habituel d'un tuberculeux exerce sur lui une fâcheuse influence, et cela pour les raisons suivantes. Tantôt il lui donne de mauvais exemples ; tantôt il l'accable d'attentions exagérées qui achèvent de débiliter sa volonté et d'énerver sa sensibilité ; tantôt enfin il lui apporte d'incessantes suggestions à multiplier des essais médicamenteux dont l'inutilité, sinon la nocivité, n'est guère actuellement contestable.

C'est pourquoi je mets au premier plan, parmi les avantages moraux du sanatorium, la *soustraction du malade à son entourage*. Pour la tuberculose comme pour l'hystérie l'isolement, ou plutôt le transfert dans un milieu spécial, est un puissant agent thérapeutique. Je dis *transfert dans un milieu spécial*; car l'isolement pur et simple, qui consisterait à soigner le malade tout seul dans sa maison, la plus confortable et la plus hygiéniquement disposée, sans autre entourage qu'un médecin et des garde-malades, me semblerait encore défectueux ; le patient, séquestré du monde, ne tarderait guère à se considérer comme perdu, malgré les encouragements les plus chaleureux de son tuteur médical, dans lequel il ne verrait qu'un geôlier.

A ce point de vue, je ne puis me rallier aux idées ingénieusement défendues par le Pr Landouzy dans sa description idéale du « home sanatorium ». Je crois *qu'il est avantageux pour un tuberculeux de vivre en contact avec d'autres tuberculeux*, — à la condition, bien entendu, que ceux-ci ne puissent pas lui communiquer quelque infection secondaire par une complication intercurrente.

Ce serait méconnaître un des côtés les plus saisissants du caractère humain que de nier qu'il est moins pénible moralement pour un malade de vivre avec des malades que dans un milieu de gens bien portants. Un de mes clients qui, après avoir été quelque temps soigné dans sa famille, s'est décidé sur mes instances à entrer dans un sanatorium, m'écrivait ces jours-ci pour me remercier de l'y avoir envoyé. Je cite textuellement : « Le temps passe bien plus vite avec des gens qui se soignent aussi eux-mêmes.., Je pourrais peut-être me soigner chez moi, mais je crois préférable d'échapper aux entraînements de la vie de famille. »

Il va sans dire que, si le tuberculeux de la 1re et de la 2e période se trouvait avec des phtisiques agonisants, comme cela se passe actuellement, hélas ! dans nos hôpitaux, le découragement et l'effroi pourraient être la conséquence de cette promiscuité. Mais il est entendu qu'un sanatorium ne doit comprendre que des tuberculeux susceptibles d'amélioration. Dès lors, la comparaison, facile à faire, de l'état des autres malades qui se sont déjà améliorés depuis leur entrée au sanatorium et que le médecin ne manquera pas de mettre en relief, les conversations quotidiennes avec ces heureux bénéficiaires de la cure résolument acceptée, ne peuvent qu'inspirer au nouvel arrivant la confiance, l'espoir et le courage.

Il n'est pas jusqu'à l'*émulation*, autre ressort puissant de tout progrès parmi les hommes vivant en commun, qui ne puisse être habilement mise en jeu par un médecin psychologue.

Enfin il faut songer qu'à la sortie du sanatorium le tuberculeux amélioré, sinon guéri, devra rentrer dans la vie commune, pourvu des moyens de défense qu'il n'avait pas autrefois pour achever sa guérison et éviter les rechutes. Le principal de ces moyens de défense, c'est la connaissance raisonnée de l'hygiène physique et morale convenable à tout tuberculeux. Cette connaissance, il l'aura acquise au sanatorium sous l'influence prolongée des exhortations médicales. Cette hygiène, il la mettra en pratique et il la *propagera* autour de lui en rentrant dans sa famille.

Mais, pour que le sanatorium produise tous ces bienfaits, il est nécessaire

que le médecin qui le dirige ait une réunion de qualités, que certains ont naturellement, que quelques-uns n'auront jamais, mais que beaucoup peuvent acquérir en s'y exerçant. En ce sens ne serait-il pas désirable que dans l'avenir, avant de diriger lui-même un sanatorium, le médecin décidé à entreprendre cette carrière eût fait un stage comme assistant auprès d'un confrère plus ancien qui aurait déjà fait ses preuves? La situation est la même pour le médecin de sanatorium que pour l'aliéniste, qui doit apprendre comme adjoint son métier avant d'endosser les lourdes responsabilités du directeur.

Quelles sont donc les *qualités nécessaires* au médecin de sanatorium?

J'ose à peine dire qu'il doit avoir fait une étude spéciale de la tuberculose et qu'il doit être rompu aux difficultés de l'auscultation fine. Si je ne craignais de paraître pessimiste, j'émettrais la crainte qu'à ce point de vue le recrutement des futurs médecins de sanatoriums ne tendît à devenir plus difficile; car nous voyons que la connaissance de la technique stéthoscopique fléchit plutôt dans les jeunes générations. On a dit que cet affaiblissement, peu contestable, de l'habileté à ausculter pouvait être attribué à l'orientation trop exclusive vers les recherches bactériologiques; je n'en crois rien. J'y vois plutôt la conséquence de l'insuffisance du stage hospitalier et de sa mauvaise réglementation qui, étant donnés l'augmentation du nombre des étudiants et le petit nombre des services dans lesquels la Faculté les répartit, ne permet plus aux étudiants, à moins d'une exceptionnelle bonne volonté de leur part, d'apprendre peu à peu la grammaire professionnelle sous la direction amicale et patiente de chefs de service dignes de ce nom.

Mais passons aux qualités morales que requiert la direction médicale du sanatorium.

Une des plus précieuses me paraît être l'*aptitude à juger du caractère des malades*; car elle seule permet de démêler dans chaque cas particulier quelle attitude il convient de prendre vis-à-vis du nouveau venu. Cette sagacité dans l'appréciation des caractères doit être doublée d'un tact fin et sûr dans la distinction des nuances sociales.

Dès l'arrivée de chaque nouveau malade, le médecin du sanatorium, tout en prenant connaissance de l'état de ses poumons et de son tempérament physique, doit s'efforcer d'entrer en contact intime avec sa personne morale. Profitant du besoin d'expansion qui suit nécessairement la transplantation dans ce nouveau milieu, il saura faire comprendre qu'il est prêt à recevoir avec discrétion toutes les confidences, en les encourageant délicatement.

Il saura, suivant les cas, rassurer ou effrayer dans la mesure convenable et ne se lassera pas plus de soutenir par ses exhortations les défaillances du courage que de réprimer avec énergie les velléités de révolte contre la règle.

La *patience*, une patience inlassable, angélique, est indispensable, mais elle doit avoir pour correctif une fermeté inébranlable.

La *fermeté* doit être exempte de rudesse, de même que la discipline du sanatorium ne doit pas être du caporalisme.

Une qualité nécessaire encore est une *attention minutieuse aux plus petits détails* concernant le bien-être matériel des malades et un souci constant d'aller au-devant de leurs besoins légitimes, sans attendre leurs réclamations ; à l'inverse du préteur romain, *de minimis curat medicus*.

Prophylaxie et traitement de la tuberculose chez les instituteurs.

Voir *Hygiène scolaire*, p. 64.

Contribution à la formation de Sanatoriums populaires.

Convaincu que, en attendant la découverte d'une médication spécifique efficace, le pivot du traitement demeure la mise en œuvre aussi précoce que possible de la cure hygiéno-diététique sous une tutelle médicale prudente et ferme, j'ai contribué dans la mesure de mes forces à faire triompher cette notion par une campagne de conférences à Paris et en province (Blois, Montargis, Troyes) au profit de la fondation de sanatoriums populaires, en associant mes efforts à ceux de Landouzy, Letulle. Merklen, Barth, Faisans et Sersiron pour fonder le *Sanatorium modèle de Bligny* et l'*Œuvre des sanatoriums populaires de Paris*.

Crise laryngée par œdème aryténoïdien et spasme glottique chez un ataxique consécutivement à l'administration d'iodure de potassium impur. — Trachéotomie. Diminution simultanée et disparition de l'œdème et du spasme après la suppression du médicament.

En collaboration avec M. Henri Huchard.
(*Annales des maladies du larynx*, 1885).

L'intérêt du fait est dans l'interprétation pathogénique des accidents laryngés : l'œdème de la région aryténoïde a été vérifié à l'examen laryngo-

scopique pratiqué par Gouguenheim et était la conséquence de l'iodisme; le malade avait déjà eu auparavant du coryza, du larmoiement et de la céphalalgie frontale. L'iodure analysé contenait plus d'iodate et de nitrate de potasse que ne le permet la tolérance légale et il y eut simultanément dans la salle des cas d'iodisme en nombre insolite. L'œdème seul eût pu céder peu à peu, mais le spasme brutal des cordes vocales qui survint inopinément et nécessita la trachéotomie était probablement la conséquence de la spasmophilie tabétique.

De l'utilité des courants de haute fréquence pour combattre la cryesthésie des hypertendus.

(*Société de thérapeutique*, 1906.)

Les traitements de l'urémie.

(Rapport présenté à la *Société de thérapeutique*.)

L'utilité des injections de caféine avant la saignée.

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*.)

Il arrive de temps en temps que par suite de l'affaiblissement de la contractilité cardiaque, lorsqu'on a pratiqué une saignée d'urgence contre un état urémique ou un œdème aigu du poumon, le sang s'écoule à peine et le malade risque de perdre le bénéfice de la déplétion sanguine rapide qu'on se proposait d'obtenir. J'ai signalé l'excellent résultat qu'on obtient infailliblement en faisant, cinq minutes avant d'ouvrir la veine, une injection hypodermique de caféine.

L'automobilisme au point de vue de l'hygiène et du traitement des maladies.

(*Bulletin général de thérapeutique*, 1906.)

J'ai analysé les éléments constitutifs des actions physiologiques, pathologiques et hygiéniques de ce sport, qui sont à des degrés variables : la vitesse de la voiture, sa trépidation, la douche d'air frappant incessamment le corps, le refroidissement, la poussière, l'immobilité prolongée, l'état psychique du conducteur et celui des autres voyageurs.

Isolément ou simultanément suivant les cas, ces diverses influences peuvent s'exercer sur la peau, les voies aériennes, la circulation et la respiration, par suite sur la nutrition, sur le tube digestif, l'appareil locomoteur, le système nerveux, l'appareil génito-urinaire, bref sur l'organisme entier. Il était évident à priori que ces influences, capables dans certaines circonstances de provoquer peut-être, d'aggraver tout au moins quelques états pathologiques, devraient en revanche pouvoir être utilisées comme agents hygiéniques et thérapeutiques. L'observation médicale porte déjà sur un assez grand nombre d'années et de personnes pour permettre à chacun de nous de se faire une opinion à ces points de vue et j'ai fait connaître la mienne. De mes observations personnelles j'ai conclu que, si tous les appareils organiques sont normaux, sans tare actuelle ni prédisposition morbide, ils s'adaptent progressivement aux influences de l'automobilisme ; l'accoutumance établie, plusieurs d'entre eux acquièrent une endurance précieuse, et un bien-être général en résulte pour l'organisme entier : mais, si certains appareils sont anormaux, selon la nature et le degré de l'anomalie, leurs tares pourront être aggravées ou au contraire combattues suivant le degré de réaction dont ils sont capables, et c'est ainsi qu'on est en droit d'envisager l'usage des automobiles comme intéressant l'hygiène et la thérapeutique à la condition de dégager leur mode d'action fondamental sur chacun de ces appareils. C'est ce que je crois avoir fait en citant des exemples topiques.

Évolution de la goutte chez les contemporains. Ses modalités pathogéniques et cliniques aux points de vue prophylactique et thérapeutique.

(*Académie de médecine* et *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1908.)

La diététique des goutteux basée sur la variété des processus pathogéniques.

(*Congrès de physiothérapie de Paris*, 1910.)

On peut admettre que certains goutteux doivent leurs accidents à la suractivité des appareils uricopoïétiques (intestin, pancréas, foie), — d'autres à la torpeur fonctionnelle des mêmes appareils qui peuvent être inhibés par le

système nerveux central, — d'autres, enfin, à l'insuffisance fonctionnelle ou lésionnelle du rein.

Or, c'est peut-être dans les variations de ces processus distincts que résident les différentes modalités cliniques de la goutte. Les goutteux par surproduction répondraient au type classique, qui me psraît devenir moins fréquent ; — les goutteux par inhibition ou rétention, aux types plus répandus de nos jours, où la pathologie tout entière est dominée par les perturbations nerveuses, inhibitrices du métabolisme intracellulaire, et par les altérations artérielles, restrictives de l'émonction rénale.

Ces données générales de pathogénie étant rappelées, je me suis posé les questions suivantes :

Sous quelles influences cette élaboration imparfaite de l'albumine par la cellule, que se transmettront héréditairement les goutteux, prend-elle naissance à un moment donné chez le premier goutteux d'une lignée ?

Par quel mécanisme les accidents goutteux se produisent-ils chez les descendants à un moment donné de la vie de chacun d'eux ? Est-ce toujours par un mécanisme identique ?

Ce mécanisme ne se modifie-t-il pas suivant les âges, suivant les races, suivant le genre de vie ?

Et j'ai tenté de répondre à ces questions au moyen de la méthode même de mon maître, M. Bouchard : le dépouillement et la comparaison de toutes les observations de goutteux qu'il m'a été donné de recueillir en vingt-deux ans de pratique.

Or, cette opérstion de statistique clinique m'a montré que tous les cas de goutte dont je relisais l'histoire pouvaient être classés en trois catégories, dans chacune desquelles la modalité clinique fondamentale peut être expliquée d'une façon assez satisfaisante par un processus pathogénique particulier, du moins au point de vue fondamental de l'uratose.

Il m'a paru, en outre, en comparant les descriptions classiques de la goutte, que dans une large mesure la dyscrasie goutteuse se présente de nos jours sous certains aspects cliniques, qui n'étaient pas sans doute ignorés de nos devanciers, mais qui paraissent devenir de plus en plus fréquents, tandis que les types les plus répandus jadis sont aujourd'hui plus rares.

Il m'a semblé aussi que la modification des types cliniques trouvait assez bien son explication dans le développement de circonstances sociales capables de favoriser tel processus pathogénique plutôt que tel autre.

Enfin cette constatation m'a paru avoir pour corollaire l'établissement d'indications thérapeutiques et prophylactiques en rapport avec chacune des trois catégories cliniques et pathogéniques que m'a semblé justifier mon observation personnelle.

Pour établir les trois groupes de faits ou modalités cliniques entre lesquelles pourraient être répartis les goutteux, je me suis basé beaucoup moins sur les caractères ou la prédominance des arthropathies que *sur la nature des troubles fonctionnels qui ont précédé la première localisation articulaire, et qui se manifestent dans les intervalles des accès ultérieurs*. Il y a bien certains caractères communs à l'allure clinique des arthropathies dans chacune des trois modalités, mais ils sont tout de même trop variables et trop indécis pour servir de base à une classification.

Le premier groupe comprend les individus qui ont présenté avant leur premier accès de goutte articulaire des anomalies fonctionnelles de l'appareil digestif, dans le sens d'une suractivité initiale, suivie souvent d'une torpeur par épuisement (exagération de l'appétit, puis bradypepsie, dyspepsie flatulente, tuméfaction du foie, azoturie, garde-robes copieuses et pluriquotidiennes, tantôt fétides, tantôt demi-liquides, dans lesquelles prédominent les acides gras ou de la graisse incomplètement digérée). A ce groupe appartiennent les premiers goutteux d'une lignée ; si le premier qui fut roi fut un soldat heureux, celui qui crée sa goutte m'apparaît comme un outrancier dans l'alimentation, qui surmène son tube digestif, et je le range dans la **modalité gastro-hépatique** *et* **pancréatico-intestinale**, en tenant compte de la part que paraissent prendre les diverses parties du tube digestif à l'uricopoïèse et à l'uricolyse.

Mais il est évident qu'au surmenage de l'appareil glandulo-digestif doit le plus souvent s'ajouter soit une insuffisance d'exercice, d'oxygénation, soit une autre condition héréditaire ou acquise parallèlement : je veux dire la formation, par exemple, d'acides organiques en excès, telle que la réalisent tous les ralentis de la nutrition (obèses, diabétiques, oxaluriques et autres arthritiques ou bradytrophiques), car il reste toujours à expliquer la précipitation des urates.

Qu'il y ait, chez les goutteux du type polyphage ou hypernucléinophage, suractivité des ferments uricopoïétiques ou inhibition des ferments uricolysants, quand chez eux l'imprégnation des tissus par les déchets imparfaits de la matière azotée a fini par vicier d'une manière permanente la qualité du

métabolisme de toutes les cellules, les enfants qu'ils engendrent doivent naître avec un métabolisme défectueux. Si ces héréditaires font aussi des écarts de régime, ils peuvent encore se rattacher au premier groupe.

Mais ils peuvent appartenir, et le plus souvent ils appartiennent, à l'un des deux suivants.

Le second groupe comprend les goutteux chez lesquels prédominent, avant les accès et dans les intervalles de ceux-ci, des troubles fonctionnels des appareils circulatoire et excréteurs : chez eux, on relève les épistaxis précoces et abondantes, les palpitations cardiaques, l'insuffisance de l'excrétion rénale principalement, l'albuminurie intermittente, et accessoirement les perversions de l'excrétion cutanée, qui dépend elle-même d'un vice circulatoire et rénal. C'est la modalité que j'appelle abréviativement **angio-néphrétique.**

Le troisième groupe est celui qui me paraît le plus nettement lié à l'hérédité goutteuse d'ancienne date, de plusieurs générations, et le plus fréquent de nos jours par suite des conditions sociales qui surmènent tous les systèmes nerveux. C'est le type qui se manifeste de bonne heure par des perturbations nerveuses ; c'est un rameau du neuro-arthritisme.

Ici l'indiscipline du système nerveux inhibe soit le conflit entre les ferments et l'albumine à transformer, soit le fonctionnement des appareils producteurs de ces ferments, soit les appareils excréteurs du rein et de la peau. En tout cas, cette modalité clinique mérite le nom de **neurotrophique.**

Il reste à classer un lot de goutteux (je veux dire les saturnins) qui, par les conditions sociales dans lesquelles on le rencontre, ne peut guère être rattaché au premier groupe, à moins qu'on n'admette que le plomb ne perturbe le fonctionnement hépato-intestinal.

On peut dire, avec M. Bouchard, que chez eux le plomb entrave le métabolisme intracellulaire directement ou par l'intermédiaire du système nerveux. Je suis plutôt disposé, en raison de la précocité et de l'intensité des perturbations de la fonction rénale et des altérations vasculaires chez les saturnins, à les placer dans le groupe des angio-néphrétiques.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les *transformations de la goutte à l'époque contemporaine,* qu'il m'a semblé opportun de signaler.

On observe sans doute toujours la goutte avec ses caractères classiques d'accès aigus, de fluxions articulaires à évolution franche, séparées par des périodes de complète accalmie, chez les individus qui font des excès de table et de boissons spiritueuses, mais qui, tout en n'équilibrant pas les

recettes et les dépenses, ont pourtant une existence encore assez active et au grand air: propriétaires vivant la plus grande partie de l'année à la campagne, chasseurs et amis de la bonne chère, riches cultivateurs, marchands de bestiaux, gens d'écurie, marchands de vins à la campagne. Chez ces individus, on note habituellement une suractivité fonctionnelle de l'appareil digestif et des glandes annexes, dont la plus facile à contrôler est le foie, habituellement augmenté de volume. De tels sujets aboutissent d'ailleurs, après un certain nombre d'années, à l'artériosclérose et au rein goutteux : ils ne sont pas non plus exempts de troubles fonctionnels du système nerveux.

Mais ne voyons-nous pas beaucoup plus souvent, dans la population des villes, des goutteux qui, n'ayant que de rares et peu violentes arthropathies, sont de très bonne heure atteints d'altérations vasculaires et de néphrite interstitielle dont les manifestations priment les troubles digestifs, ou chez qui les troubles digestifs n'apparaissent qu'avec des caractères de torpeur fonctionnelle? Ce sont plutôt des individus qui sont sédentaires, confinés, et buveurs d'alcool ou de boissons à essences.

Combien sont fréquents aussi les goutteux contemporains qui présentent des perturbations nerveuses si intenses et si variées, qu'on se demande s'il faut parler de neurasthénie goutteuse, d'hystérie goutteuse ou de goutte chez des neurasthéniques et des hystériques ! On trouve surtout ces goutteux dans les classes sociales qui, même en dehors de la goutte, payent aux névroses le plus fort tribut parce qu'ils sont en état permanent de tension nerveuse: gens de plaisir, gens d'affaires, politiciens, artistes, surmenés de tout ordre. Chez eux les fluxions articulaires sont rarement aiguës, le plus souvent subaiguës, torpides, apparaissant à peine pour céder le pas à des manifestations viscérales et nerveuses.

Les individus exerçant des professions similaires ou s'occupant d'objets semblables, mais vivant d'ailleurs dans des conditions différentes, paraissent réaliser la goutte par des processus différents. D'un côté, voici un bookmaker, voici un propriétaire de chevaux de courses, qui n'ont présenté presque jamais, depuis leurs premières manifestations goutteuses, que des accidents de goutte larvée et des désordres nerveux; l'un et l'autre n'ont de commun avec le jockey et le garçon d'écurie que la fréquentation des hippodromes, mais ils vivent le reste du temps confinés au cercle ou au café. Voici des tenanciers de café et de restaurant dans les villes qui ne quittent jamais

l'atmosphère viciée de leurs établissements; ils sont, eux aussi, bien plus souvent tributaires de la goutte d'emblée chronique et surtout larvée que tel cabaretier de village, aubergiste pour rouliers, qui s'occupe en même temps de quelques travaux agricoles.

On trouve encore la goutte franche chez les habitants de certaines contrées où les conditions d'existence ont continué à être celles du passé, chez des Normands, Picards, Flamands, Bourguignons et Bordelais, quand ils ont continué à être gens de vigoureux appétit, grands mangeurs de viandes, buveurs de vins généreux, de cidre fort et d'eau-de-vie ou de bière forte, avec des visages colorés, d'aspect pléthorique, de gros foies. Mais chez leurs compatriotes qui, tout en prenant un régime azoté trop abondant, l'ont aussi compliqué par de trop nombreux artifices culinaires, et en fait de boissons fermentées ont pris plutôt les apéritifs, les liqueurs, apparaît le type de la goutte prématurément viscérale et nerveuse, l'artériosclérose plus précoce, l'insuffisance rénale plus caractérisée.

On a toujours noté la tendance de la goutte, chez un individu donné, à passer graduellement des manifestations aiguës aux états subaigus et à la chronicité, pour aboutir à l'insuffisance rénale et à la cachexie, les réactions inflammatoires franches et les localisations fluxionnaires vives s'atténuant au fur et à mesure que le goutteux avance en âge. Ne semble-t-il pas que dans des races vieillissantes, les réactions défensives violentes tendent à devenir plus rares et moins caractérisées, pour faire place, chez la majorité des goutteux, aux réactions presque d'emblée torpides, insuffisantes, et qui, avec des lésions articulaires moins intenses, laissent se produire plus souvent et plus vite l'imprégnation viscérale et nerveuse?

Quand on connaît plusieurs générations d'une famille de goutteux, on peut voir que les plus anciennes étaient sujettes aux accès de goutte articulaire aigus, franchement périodiques, saisonniers ou provoqués par des causes occasionnelles connues, qui rompaient l'équilibre entre la surproduction et la destruction de l'acide urique. Ils étaient porteurs de déformations articulaires riches en tophus. Mais les générations suivantes sont représentées par des goutteux à manifestations presque d'emblée torpides, en tant que fluxions articulaires, et presque sans dépôts tophacés, noyées pour ainsi dire au milieu d'un déluge de manifestations nerveuses et viscérales.

Or, il n'est pas rare que ces descendants de goutteux, dont les pères

avaient sans nul doute créé par leur intempérance la modalité nutritive vicieuse transmise héréditairement, aient cherché à échapper à ce fâcheux héritage par un régime alimentaire tout différent. J'en ai connu qui se sont résignés à être presque végétariens et n'ont fait d'autre excès de boissons que celui d'eaux minérales alcalines. Cependant ils ont continué la tradition goutteuse, mais sous la forme d'une goutte dégénérée, en tant que manifestations articulaires, quoique avec un cortège d'autant plus bruyant de troubles névropathiques et splanchniques.

C'est qu'ils n'avaient pas renoncé à la mauvaise hygiène du système nerveux qui caractérise la vie contemporaine dans les villes: surmenage incessant du cerveau et de la moelle par les affaires ou les plaisirs, ou par les deux à la fois, insuffisance ou irrégularité des exercices physiques et défaut d'oxygénation.

Puisque la dyscrasie goutteuse envisagée dans sa caractéristique la mieux connue, l'hyperuricémie, peut découler de processus différents dans les trois principales modalités cliniques que nous lui voyons revêtir, nous croyons pouvoir en déduire d'utiles indications thérapeutiques et prophylactiques. Nous n'apportons aucun agent thérapeutique nouveau, mais nous allons montrer qu'il y a lieu de choisir en vertu des considérations précédentes plutôt tels ou tels de ceux qui sont usités de façon banale.

Nous insisterons peu sur les accès articulaires paroxystiques, si ce n'est pour répéter après beaucoup d'autres, et notamment après Bouchard, que de tels paroxysmes s'offrent à nos yeux comme des actes réactionnels plutôt défensifs, grâce auxquels l'organisme détruit ou localise sur certains tissus de dignité moindre la ou les matières peccantes qui risquent d'altérer plus gravement des tissus plus indispensables à la sécurité de l'individu.

Nous serons donc très prudents dans l'emploi du colchique contre les manifestations articulaires aiguës, précisément même à cause de l'*action d'arrêt* que le colchique exerce sur les réactions goutteuses; nous attendrons, pour l'employer, que l'accès ne batte plus son plein et qu'il ait commencé à décroître; nous l'emploierons avec plus de confiance et plus vite contre les manifestations abarticulaires, viscérales et nerveuses, plus graves par leurs conséquences que les arthropathies. Nous aurons plus souvent à manier le colchique dans les modalités angio-néphrétique et neurotrophique à manifestations arthropathiques plus rares et moins caractérisées; mais nous ne l'emploierons jamais qu'à doses très modérées, à cause des réactions vio-

lentes que présentent souvent contre le colchique des individus à modalités vasculaire, rénale et nerveuse.

En dehors des accès, chez les goutteux du type classique à modalités gastro-hépatique et pancréato-intestinale, nous attacherons la plus grande importance au régime alimentaire. C'est pour eux qu'il faut insister sur la restriction du régime azoté et surtout carné, qu'il faut diminuer le plus possible l'ingestion des générateurs de purines et régulariser les fonctions digestives aussitôt qu'elles offrent des indices de troubles. On aura d'ailleurs recours à des moyens différents suivant que les perturbations fonctionnelles se manifesteront du côté de l'estomac, du foie ou de la digestion pancréato-intestinale. Dans le premier cas, les alcalins un certain temps avant les repas, l'acide chlorhydrique à la fin trouvent indication. J'ai cité, il y a dix ans, des exemples de l'efficacité de l'usage fréquent de l'acide chlorhydrique pour certains goutteux, et des auteurs étrangers (Falkenstein, Senator) viennent d'en vanter de nouveau l'utilité ; mais cette utilité ne m'est apparue que dans la modalité gastrique et non comme moyen d'empêcher la précipitation de l'acide urique, suivant l'hypothèse de Van Loghem. Si c'est l'activité hépatique qui est défectueuse, les sels neutres, le calomel, les résines, l'extrait de fiel de bœuf seront périodiquement utilisés ; il y a dans d'autres cas à tirer parti des préparations de pancréas et de kinase intestinale. C'est à la même catégorie de goutteux que rendent service les cures de Vichy, Carlsbad, Châtelguyon, Brides, Kissingen, etc.

Pour les goutteux de la modalité angio-néphrétique chez lesquels il y a lieu d'admettre une uricolyse insuffisante ou une perpétuelle tendance à la rétention de l'acide urique et d'autres produits de désassimilation toxémiques, on se préoccupera surtout de veiller à la régularité de la circulation centrale et périphérique, d'entretenir et d'activer la diurèse ; on stimulera les vasomoteurs cutanés et on fera appel à l'émonction glandulaire ; par les frictions régulièrement faites sur tout le tégument, on l'endurcira contre les refroidissements, qui, en inhibant les fonctions de la peau, provoquent souvent la congestion rénale et la rétention urique. Ici les cures thermales les plus indiquées, Martigny, Contrexéville, Vittel, Évian, Royat, Saint-Gervais, Aix-les-Bains, etc., appartiennent à la gamme des diurétiques lixiviantes, cardiotoniques ou modificatrices des échanges.

Enfin, pour les goutteux de la modalité neurotrophique, il faut insister sur l'ensemble des moyens hygiéniques et thérapeutiques qui peuvent maintenir

ou rétablir l'équilibre nerveux ; il faut viser également les fonctions cérébrales et médullaires, en instituant une hygiène intellectuelle, morale et sexuelle. Le régime alimentaire vient chez eux au second plan, du moins en ce qui concerne les générateurs d'acide urique, dont ils ne font pas le plus souvent abus ; mais il faut surtout bannir les stimulants et les excitants. Ils doivent être soumis sans cesse à l'hydrothérapie, aux cures d'agents physiques. Ils ont besoin de la montagne, des voyages en mer, des randonnées en automobile. Leurs cures thermales sont Néris, Plombières, Bagnères-de-Bigorre, Ragatz, etc.

C'est surtout à la prophylaxie de la goutte chez les fils de goutteux que s'applique la nécessité d'une éducation de nature à modifier l'intensité des réactions nerveuses. Tout doit être modéré chez eux : l'exercice physique aussi bien que le travail cérébral, les sports violents comme les distractions qui surexcitent l'émotivité, les plaisirs sexuels comme les études intensives ou l'ardeur aux affaires.

Résultats de deux interventions chirurgicales au cours d'une cirrhose hypertrophique biliaire. — Constatation sur le vivant des résultats anatomiques de l'opération de Talma, au bout de trois ans. — Disparition d'un ictère ancien par polycholie après une laparotomie simple, pratiquée en vue d'un drainage biliaire qui ne put être réalisé.

Avec M. Deglos.

(*Société des hôpitaux*, 1906.)

Il n'a pas dû arriver souvent qu'on ait pu constater sur le vivant, après incision de la paroi abdominale, le résultat d'une omentopexie faite depuis trois ans. Nous avons pu le faire sur un homme qui était entré à l'hôpital pour ictère avec prurit intolérable et chez lequel nous avons voulu faire pratiquer le drainage de la vésicule biliaire. L'opération de Talma avait été exécutée à San-Francisco parce qu'on avait cru à un début de cirrhose atrophique. Le malade présentait en réalité un gros foie, une grosse rate. Les matières fécales étaient colorées, l'ictère étant le résultat d'une polycholie par cirrhose hypertrophique biliaire ; les urines étaient très rares, les téguments vert olive. Le prurit abominable n'avait pu être soulagé par aucun des traitements connus, le malade ne dormait plus, ne s'alimentait plus, et réclamait chaque jour

un nouvel essai thérapeutique, se désolant et s'indignant tour à tour que les médecins ne pussent le soulager. Il me parut logique de tenter le drainage des voies biliaires pour permettre l'écoulement du trop plein de la bile, incessamment fabriquée par le foie en suractivité fonctionnelle avec excrétion insuffisante. M. Hartmann, ayant bien voulu se charger de cette opération, constata :

« Pas de vascularisation exagérée des plans sous-cutanés ; mais, dès qu'on coupe le muscle grand droit, le lacis veineux devient d'une abondance extrême et forme presque une *lame angiomateuse*, lorsqu'on arrive sur la face externe du péritoine. Une si abondante hémorragie en nappe se produit qu'on se hâte de pratiquer un tamponnement énergique. Dans ces conditions, la section de ces lacis veineux pourrait créer un grand danger par suite de l'hémorragie ; on referme la paroi. »

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier ; pendant plusieurs jours, le malade resta dans un état de profonde dépression et on dut le soutenir par des injections de sérum artificiel.

Mais, une quinzaine de jours après l'opération, l'ictère devenait moins foncé, les urines plus claires et le prurit moins tenace. Le malade somnolait, puis dormit véritablement et recommença à s'alimenter.

Deux mois après il n'avait plus qu'un peu d'ictère et très peu de prurit. Quatre mois plus tard l'ictère, au niveau des téguments, a complètement disparu et il ne persiste qu'une très légère coloration jaunâtre des sclérotiques. Le foie, sur la ligne mamelonnaire, s'élève un peu moins haut. L'hypocondre droit est moins empâté et la consistance dure du foie s'apprécie bien. La rate déborde de deux travers de doigt le rebord costal. L'appétit est excellent, et, quoique le malade se soit de nouveau à ses occupations anciennes, il a engraissé, n'éprouve plus aucune asthénie. Les urines sont légèrement brunâtres, mais la réaction de Gmelin y est à peine sensible. Quant au prurit, sa disparition complète a procuré au malade un bien-être dont il sait apprécier tous les avantages et dont il nous remercie avec effusion.

De ce fait on peut retenir :

1° L'omentopexie est une opération qui produit de toute évidence une très riche voie de circulation collatérale supplémentaire entre la veine porte et la veine cave, puisque, trois ans après cette opération. le tractus épiploïque inséré dans la paroi abdominale avait l'aspect d'un véritable angiome, d'un vaste lac sanguin. Si dans le cas actuel elle n'avait servi à rien, puisque le

diagnostic initial avait été erroné et qu'il ne s'agissait pas d'une cirrhose atrophique, on peut donc espérer en tirer parti dans les cas convenables, ainsi que l'ont avancé ses partisans ;

2° Dans un cas où l'existence de cette nappe angiomateuse n'eût pas mis obstacle à l'incision de la vésicule biliaire, l'établissement du drainage biliaire eût-il été justifié ? — Nous le pensons, et, à défaut d'exemple dans la littérature médicale, nous le tenterions de nouveau le cas échéant, c'est-à-dire en présence d'un ictère par polycholie si ancien, rebelle à tout traitement et paraissant devoir entraîner la mort par défaut de sommeil et d'alimentation ;

3° Comment peut-on expliquer le résultat satisfaisant qui a suivi la simple laparotomie, alors que le drainage biliaire n'avait pu être effectué ? — Il ne peut d'abord s'agir d'une simple coïncidence. L'ictère s'était installé *depuis trois ans* d'une façon permanente et il a commencé à diminuer *une quinzaine de jours après* la laparotomie pour continuer à diminuer progressivement et disparaître en l'espace de cinq mois autant que cela peut être dans une maladie chronique du foie où la néoformation des canalicules biliaires entretient la polycholie. On ne peut raisonnablement invoquer l'influence psychique exercée par l'opération *per se* dans un cas semblable. La diminution de l'ictère n'ayant pas été brusque, on ne peut admettre une décompression subite du canal hépatique par quelque traction exercée sur une adhérence au cours de l'opération, car il n'a été fait qu'une simple incision sans manœuvres d'exploration.

Le seul effet incontestable de l'opération a été une hémorragie en nappe abondante, copieuse saignée exercée beaucoup plus directement et abondamment sur le parenchyme hépatique par cette incision qu'elle ne l'eût été par des applications de ventouses scarifiées ou de sangsues sur l'hypocondre. Or il n'est pas interdit par la physiologie de supposer qu'une telle saignée, ayant modifié énergiquement les conditions circulatoires sanguines intra-hépatiques, a dû diminuer la pression dans les canalicules biliaires et pu permettre une régularisation au moins temporaire de la fonction sécrétoire biliaire.

Séméiologie et traitements de la douleur.

Conférences de Pratique médicale de Lariboisière, 1908 ; insérées dans *La Clinique* et le *Journal des Praticiens*, 1909.

Après avoir analysé minutieusement la psycho-physiologie de la douleur

d'après les travaux les plus récents, j'ai cherché à dégager les multiples indications que la clinique fournit pour la position du problème thérapeutique dans cette question de pratique d'un intérêt quotidien si pressant et je me suis efforcé de mettre en lumière les avantages multiples qu'il y a pour les malades à ce que les médecins fassent passer, toutes les fois que cela est possible, l'emploi des agents physiques et la psychothérapie avant l'usage des médicaments.

ENSEIGNEMENT

Depuis l'année 1887 je n'ai pas cessé de contribuer librement à l'enseignement de la thérapeutique.

A l'École pratique de la Faculté en 1888 j'ai fait un cours sur le *traitement des maladies du tube digestif.*

Dans les divers services que j'ai dirigés j'ai eu la préoccupation constante d'initier les élèves qui m'entouraient aux difficultés de la thérapeutique sppliquée. J'ai résumé mes opinions sur cet enseignement dans les leçons suivantes.

Comment on apprend et comment on applique la thérapeutique.

(*Bulletin médical,* 1908.)

La position du problème thérapeutique.

(*Conférences de pratique médicale.* Paris, Paulin et Cie, 1905.)

Les grandes indications thérapeutiques.

(*Revue d'obstétrique et de pédiatrie,* 1895.)

Depuis 1897 à l'hôpital Tenon et depuis 1903 à l'hôpital Lariboisière, chargé d'un cours de clinique annexe par la Faculté, j'ai fait, outre des leçons quotidiennes de clinique thérapeutique au lit des malades, tous les samedis à l'Amphithéâtre des conférences de PRATIQUE MÉDICALE (comprenant la pratique de la thérapeutique et celle de la technique professionnelle).

II

HYGIÈNE SOCIALE

ET

HOSPITALIÈRE

La lutte sociale contre la tuberculose.

(Conférences faites à Troyes, à Montargis, à Blois.)

Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire.

Sous la présidence de M. J.-J. Peyrot, membre de l'Académie de Médecine, sénateur, j'ai secondé les efforts du Dr Weill-Mantoux pour créer cette Société aujourd'hui florissante et qui a rendu d'incontestables services sociaux en contribuant à dissiper beaucoup de préjugés.

Tuberculose et poussière des villes.

Avec le Dr A.-F. Plicque.

(*Revue de la tuberculose*, 1904.)

De la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement effectif des agités temporaires.

(*Société des hôpitaux*, 1901.)

Frappé depuis longtemps des inconvénients très sérieux que présentait pour la tranquillité de tous nos malades la fréquence des cas de délire bruyant et d'agitation prolongée au cours de maladies aiguës ou chroniques qui ne ressortissent pas au cadre des maladies dites mentales (urémiques, pneumo-

niques avec delirium tremens, cardiaques, hystériques, etc.), délirants que nous n'osions pas envoyer à l'asile Sainte-Anne pour ne pas laisser plus tard sur leur passé une tare sociale préjudiciable et que nous n'avions presque aucun moyen d'isoler efficacement, je proposai à mes collègues d'insister auprès de l'Administration pour que dans chaque hôpital un local suffisant fût aménagé spécialement pour l'isolement effectif des agités temporaires, à la disposition de tous les chefs de service et avec un personnel spécial permanent. Ma proposition rencontra l'appui de Rendu, Dupré, Barth, Troisier, Joffroy, et la Société des médecins des hôpitaux adopta à l'unanimité mon vœu. L'Administration mit quelques années à le réaliser, et cette réalisation n'est malheureusement pas encore complète. Néanmoins j'ai eu la satisfaction d'avoir vu créer à Lariboisière une salle spéciale d'agités temporaires à laquelle j'ai été heureux de contribuer à faire donner le nom de mon maître, F. Siredey.

A l'occasion de mon initiative, comme j'avais proposé à mes collègues de faire un effort commun pour mettre en lumière toutes les réformes indispensables dans le fonctionnement de nos services, M. Millard m'appuya et une commission permanente, chargée d'étudier les réformes hospitalières, aboutit à une série de rapports de MM. Chauffard sur l'alimentation, Béclère sur l'isolement et la répartition des malades, Barth sur le fonctionnement du personnel secondaire et de moi :

Sur le matériel des salles, le linge et les vêtements des malades, les bains.

(*Société des hôpitaux*, 1902.)

Proposition tendant à organiser des réunions en commun à périodicité variable entre la Société médicale des hôpitaux et la Société de chirurgie pour l'étude des questions médico-chirurgicales.

(*Société médicale des hôpitaux*, 1898.)

Il y a quelques années, à l'issue de la présidence de M. Fernet et, s'il m'en souvient bien, à l'instigation de notre vénéré collègue, la Société avait décidé que, périodiquement, elle mettrait à son ordre du jour une importante question de pathologie ou de thérapeutique, de nature à provoquer des discussions générales entre ses membres, à réveiller l'activité de ceux d'entre eux qui

sont les moins assidus et à coordonner les efforts de ceux qui font preuve d'une incessante bonne volonté. Je ne sais comment il s'est fait que suite n'a pas été donnée à cette décision, et je le regrette ; car j'avais alors, comme secrétaire, contribué à la rédaction du rapport qui en exposait les avantages, et j'étais persuadé que cette organisation eût accru l'intérêt de nos travaux.

J'ai à peine besoin de vous rappeler combien sont nombreuses les circonstances où, tant à l'hôpital qu'en ville, nous devons recourir aux avis et aux interventions de nos collègues les chirurgiens. Les questions mixtes, qui sont à la fois de leur domaine et du nôtre, surgissent de plus en plus. Vous citerai-je la chirurgie de l'estomac et de l'intestin, l'opportunité des interventions dans les affections du foie et des voies biliaires, des reins (calculs, tuberculose, cancer, etc.), du cerveau et de la moelle, du poumon ?

Je proposerais donc que notre bureau voulût bien soumettre à votre approbation la proposition que je fais de provoquer deux fois par an, par exemple, une réunion des deux Sociétés, en vue de discuter en commun telle ou telle question d'ordre médico-chirurgical, désignée plusieurs mois à l'avance, et dont l'étude aurait été préparée par deux rapporteurs, l'un médical, l'autre chirurgical.

A la suite de la proposition de M. Le Gendre, une commission composée de MM. Rendu, Hallopeau et Le Gendre est nommée pour étudier la question.

Que peuvent faire les médecins des hôpitaux pour contribuer à combattre l'alcoolisme ?

(*Société des hôpitaux,* 1898).

Désireux de contribuer à éclairer nos malheureux hospitalisés sur les ravages que cause parmi eux l'intoxication alcoolique chronique, sur laquelle M. Debove venait d'insister éloquemment à plusieurs reprises, j'avais condensé, sous la forme à la fois la plus claire et la plus concise que j'ai pu trouver après maint et maint essai, les dangers incontestables de l'abus des boissons alcooliques en indiquant plus spécialement les dangers pour chaque sexe et je l'avais fait imprimer sous la forme de papiers rouge et bleu que j'ai fait distribuer à chaque malade à son entrée et à sa sortie ; il y en eut un exemplaire dans chaque table de nuit ; il y en eut de collés sur les murs des salles et jusque dans les W. C. Mon but était de créer chez les habitués de nos hôpitaux une véritable *obsession antialcoolique.*

AVIS IMPORTANT

La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'abus des boissons alcooliques.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme *la liqueur d'absinthe qui ne peut jamais être bienfaisante*, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés « *amers* ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin *à jeun* et entre les repas.

L'homme devient *inévitablement* alcoolique, c'est-à-dire **empoisonné** lentement par l'alcool, **même sans avoir été jamais en état d'ivresse**, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

— L'*alcool est un poison*, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

— L'alcool excite l'homme, mais *il ne le fortifie pas*.

— Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de *délire mortel*.

— L'alcool cause très souvent la **phtisie**, en affaiblissant les poumons ; chaque année nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de **phtisie**.

Les parents, qui ont fait abus des boissons alcooliques, ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions.

POUR LES FEMMES

L'ALCOOLISME, c'est-à-dire l'empoisonnement lent par l'abus ou même l'usage continuel de boissons contenant trop d'alcool, n'existe pas seulement chez les hommes. Les médecins l'observent trop souvent aussi **chez les femmes** et même **chez des enfants**.

On *s'alcoolise* non seulement par l'abus du vin, par l'eau-de-vie (la goutte), le cognac, le rhum, mais par les LIQUEURS de toute espèce, par le *vulnéraire*, l'eau de mélisse qui est en réalité de l'alcoolat, les fruits à l'eau-de-vie, par l'usage trop fréquent de *vins médicamenteux* (vins de quinquina, de kola, de coca, vins phosphatés) ou d'*élixirs* prétendus digestifs. On croit se tonifier, se fortifier en les prenant ; en réalité, on détruit peu à peu son estomac, ses intestins, son foie, son cerveau.

Les boissons alcooliques sont d'autant plus dangereuses pour la femme qu'elle est *sédentaire* et vit confinée dans le mauvais air d'un atelier ou d'un restaurant, d'une brasserie.

Les professions qui exposent à la grande chaleur ou aux vapeurs du charbon (celles de *blanchisseuses*, de *cuisinières*) favorisent l'alcoolisme en provoquant la soif.

Si un homme faisant un métier rude peut boire sans trop d'inconvénients un litre de VIN par jour, *il y a danger pour une femme* à en boire *plus d'un demi-litre*, d'autant plus que de notre temps le vin est trop souvent falsifié ou surchargé d'alcool.

Les femmes devraient faire tous leurs efforts pour empêcher les hommes de boire avec excès. Elles sont **les premières victimes de l'alcoolisme** ; car l'alcool et surtout l'*absinthe* transforment un brave homme en un **fou dangereux**, qui brutalise et même peut tuer sa femme ou ses enfants.

Un alcoolique est un père détestable ; il engendre des enfants maladifs qui naissent *mal conformés*, meurent de convulsions ou deviennent en grandissant *vicieux*, ayant le besoin presque irrésistible de boire de l'alcool, et finissent *criminels*.

Quand les **femmes enceintes**, les **nourrices** boivent de l'alcool, des liqueurs ou trop de vin, elles nuisent à leurs enfants, qui peuvent naître avortons difformes ou à leurs nourrissons qui peuvent avoir des *convulsions*.

On ne doit pas laisser boire de vin aux enfants au-dessous de deux ans, ni de vin pur aux enfants plus âgés.

Laisser boire aux enfants des liqueurs ou de l'alcool (excepté dans les maladies de courte durée, quand les médecins l'ordonnent) **est un véritable crime.**

Je proposai à mes collègues de suivre mon exemple et j'eus la satisfaction d'être énergiquement soutenu par MM. Jacquet, Triboulet, Barbier, Florand.

La Société médicale des hôpitaux entreprit à cette occasion un effort commun pour attirer l'attention de l'Assistance publique et des pouvoirs publics. Une commission nommée dans son sein et composée de MM. Debove, Joffroy, etc., tint de nombreuses séances qui aboutirent à un rapport de Jacquet, et l'Administration fut entraînée à imiter mon exemple en faisant imprimer sur toutes les feuilles de prescription délivrées aux consultations un catéchisme antialcoolique, dans lequel j'eus la satisfaction de retrouver un reflet, peut-être un peu trop atténué, de celui que j'avais pris l'initiative de répandre abondamment dans mes salles depuis plusieurs années.

Statistique de l'alcoolisme dans un service hospitalier.

Communication au *Congrès antialcoolique de Paris en 1900*.

Alcool et tuberculose.

(Conférence faite à l'Université populaire de Montmartre, 1903.)

III

PÉDAGOGIE

ET

HYGIÈNE SCOLAIRE

De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance.

(*Association française pour l'avancement des sciences.* Congrès de Besançon, 1893.)

Dans cette communication je protestais contre l'engouement excessif qui se manifestait dans certains établissements scolaires en faveur des exercices violents appliqués à *tous* les enfants indistinctement sous prétexte de les fortifier, en stimulant leur ardeur par une émulation intensive sous forme de concours, de lendits et d'associations sportives. Je soutins qu'on peut faire abus des jeux scolaires, s'ils sont mal surveillés ou mal appliqués, comme on avait fait abus des devoirs scolaires. Je signalais, d'après des exemples observés dans ma clientèle, certaines catégories d'enfants et d'adolescents qui étaient exposées par les tendances sportives récentes à un surmenage physique aussi réel que le surmenage intellectuel auquel on voulait avec juste raison porter remède : je citais des troubles de l'appareil locomoteur, circulatoire, digestif, du système nerveux imputables à l'abus d'exercices physiques par certains enfants nerveux antérieurement tarés ou insuffisamment entraînés. La croissance rendant certains appareils particulièrement vulnérables doit imposer une surveillance particulière des individus qui se livrent à des exercices violents. Je réclamais qu'avant d'autoriser un enfant ou un adolescent à entreprendre un sport quelconque on prît l'*avis préalable du médecin*, qu'au

commencement de chaque année une sélection fût faite entre les enfants simplements délicats, capables de supporter un exercice assez violent et d'en tirer bénéfice, à condition qu'il fût gradué, et les enfants vraiment débiles, tarés par une imperfection organique, congénitale ou acquise, parfois latente. Je voulais qu'on tînt un compte suffisant des *aptitudes de chacun*, au lieu d'exciter tous les enfants indistinctement à cultiver tous les sports.

Cette communication venait si bien à son heure que les membres du Congrès de Besançon décidèrent de me confier un rapport sur la question qui apparut comme fort importante au point de vue pédagogique et social.

De la nécessité d'encourager, mais de réglementer les exercices physiques dans les établissements scolaires pour prévenir les abus sportifs.

(Rapport au Congrès de Caen de l'A. F. A. S., 1894.)

Les conclusions que j'ai proposées ont été votées par le Congrès.

Les exercices physiques dans l'enfance et l'adolescence.

(Conférence faite à la *Société française de secours aux blessés*, 1906.)

La croissance et le travail intellectuel.

(Conférence à l'*École des Hautes études sociales*, 1907.)

Les anormaux temporaires.

(*École des Hautes études sociales*, 1908.)

La dyspepsie chez les collégiens.

(*Deuxième congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, Marseille, 1898.)

Dans un rapport à ce congrès j'avais recherché si les enfants et adolescents nourris dans des établissements scolaires ont souvent des troubles digestifs, quelles formes revêt leur dyspepsie, si elle dépend de leur mode d'alimentation, quel est en général celui-ci et s'il devrait être amélioré, si cette dyspepsie dépend d'autres causes que nous puissions combattre. J'ai commencé par une enquête dans un assez grand nombre d'établissements sco-

laires des deux sexes, en choisissant des types divers (lycées et collèges de l'Université, collèges communaux et établissements ecclésiastiques, pensionnats) dans des régions du Nord, du Centre, de l'Ouest, de l'Est et du Midi de la France tantôt par visite personnelle, tantôt par correspondance en soumettant un même questionnaire aux directeurs, aux économes et aux médecins et en contrôlant toutes les fois que je l'ai pu faire les réponses obtenues par des conversations avec des parents d'élèves et des élèves eux-mêmes.

Le résultat de cette enquête fut que le temps n'était plus où on pouvait s'insurger contre la mauvaise alimentation des collégiens en général, que d'énormes progrès avaient été accomplis à la fin du siècle dernier dans notre pays à ce point de vue et que des enfants bien constitués, robustes devraient se développer régulièrement avec une telle alimentation (à laquelle il n'y a guère lieu d'opposer que des critiques de détail) et ne pas éprouver de troubles digestifs fréquents ni importants. Et cependant une autre partie de mon enquête et mon expérience personnelle m'amenait à considérer les états dyspeptiques chez les collégiens comme plus fréquents que ne le pensaient nos devanciers, qui dans leurs traités de pathologie infantile ont à peine esquissé l'histoire de la dyspepsie de l'enfance et de l'adolescence.

Pourquoi ce désaccord entre les prévisions théoriques et la réalité?

En établissant les règles de l'alimentation des collégiens, on a admis qu'elles devaient s'appliquer à des individus normaux, bien portants au moment où ils entrent dans les collèges. Or il y a parmi les collégiens une minorité, malheureusement trop forte, d'enfants qui commencent leurs études déjà mal portants, issus de parents très souvent affectés de tares constitutionnelles et plus particulièrement d'affections des voies digestives.

Ces enfants, prédisposés par hérédité aux gastropathies, à la dilatation atonique de l'estomac, déjà éprouvés parfois pendant la première enfance par des gastrites ou entérites imputables à un allaitement ou à un sevrage mal conduits, à quelque infection, sont tout prêts à subir ou à sentir récidiver des troubles dyspeptiques sous les influences combinées d'une croissance trop rapide, de la claustration relative, du surmenage scolaire. Il faudrait que ces enfants fussent surveillés de très près par les médecins attachés aux établissements scolaires, qui, renseignés par les familles ou par les médecins de celles-ci, pourraient leur faire suivre un régime alimentaire spécial en temps opportun ou provoquer telle mesure capable d'enrayer dès le début la dyspepsie.

Je proposai au congrès d'émettre le vœu que, vu la fréquence croissante des troubles digestifs à notre époque et leur fâcheux retentissement sur l'avenir des individus et celui de la race ; 1° les directeurs des établissements scolaires, universitaires et libres, persévèrent dans les louables efforts qu'ils ont déjà faits pour améliorer l'alimentation de leurs élèves des deux sexes, dans le sens qui leur sera indiqué par les médecins ; 2° qu'une surveillance attentive soit exercée, même et surtout préventivement, sur les fonctions digestives des élèves, grâce à la collaboration constante des familles et de leurs médecins avec les directeurs et les médecins des établissements scolaires.

Quelques réflexions médicales sur l'hygiène alimentaire des établissements scolaires. Est-il possible d'organiser des régimes spéciaux ?

(*L'Hygiène scolaire*, octobre 1903.)

Complétant l'étude précédente, j'ai indiqué la nécessité de surveiller non seulement la quantité et le choix des aliments, mais leur préparation qui aurait besoin de plus de soins, d'une meilleure *cuisine*. J'ai repris l'idée de *régimes spéciaux* (deux ou trois tables par réfectoire, sur lesquelles seraient servis des aliments pour les enfants en poussée de croissance exceptionnellement rapide, ou ayant de l'atonie gastrique, ou une disposition à l'entérite, ou prédisposés à la tuberculose).

Ces régimes ne sont en résumé pas très nombreux, et, fût-il nécessaire dans certains cas de demander aux parents une légère augmentation de la pension, ceux-ci y trouveraient encore des avantages, puisque trop souvent, faute d'un régime alimentaire spécial préventif institué assez tôt, les enfants deviennent définitivement malades et doivent pendant un temps plus ou moins long interrompre leurs études.

Le régime alimentaire des enfants et des adolescents.

(Rapport au *Premier congrès international d'Hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle*. Paris, 1907).

J'ai insisté sur les exigences de la croissance, sur l'organisation pratique des repas, la composition des menus et sur les modifications que doivent subir les régimes suivant les diverses circonstances physiologiques et patho-

logiques qui caractérisent la vie des adolescents des deux sexes. J'ai fixé avec la plus grande précision le choix et les quantités des aliments et des boissons, leur préparation culinaire. Quel que soit l'intérêt qui s'attaque aux calculs des physiologistes qui ont pris pour base de la détermination des rations des adolescents leur poids, la surface de leurs léguments et leur âge, le médecin ne doit pas oublier que ce qui importe le plus, c'est de savoir dans quelle mesure la ration est utilisée, c'est-à-dire digérée et assimilée. Un médecin doit donc toujours vérifier ce point, même par l'examen des matières fécales. L'assimilation par les tissus est attestée par l'augmentation régulière du poids comme par l'aspect satisfaisant de l'adolescent et le bon fonctionnement de tous ses appareils.

Ce qui constitue essentiellement le point de vue médical, distinct du point de vue physiologique, c'est la nécessité de varier la ration en quantité et en qualité suivant les diverses circonstances que traversent les organismes adolescents. Outre qu'une même ration ne convient pas à des adolescents qui travaillent aux champs et à des collégiens, on doit admettre que pendant les périodes de travail scolaire l'alimentation ne peut être exactement la même que pendant les vacances où la vie physique est plus intensive. Pendant la mauvaise saison, quand le confinement est difficilement évitable, les besoins nutritifs sont moindres ; il faut élargir la ration quand la belle saison ramène les jeux sportifs.

Mais ce sont surtout les *alternatives de ralentissement et d'accélération dans la croissance* qui doivent faire varier la ration ; c'est enfin l'état d'*opportunité morbide créé par l'excès de croissance* qui doit engager le médecin à surveiller de près la nature de l'alimentation. Après toute maladie aiguë, même de courte durée, la *convalescence* nécessite une surveillance des menus ; les aliments les plus riches en phosphore et en sels minéraux sont alors ceux qu'il faut mettre libéralement à la disposition de l'organisme. On sait qu'il y a des infections plus manifestement prédisposantes à l'invasion ou à l'éclosion de la tuberculose : la rougeole, la coqueluche, la grippe, mais surtout la fièvre typhoïde. Aux adolescents relevant de ces maladies et chez lesquels la croissance galope presque, il faut donner en abondance les aliments riches en lécithine (œufs, poissons, cervelles), les décoctions de céréales, le lait, les fruits, tout en augmentant leur ration d'albumine. Mais alors il faut fractionner prudemment la somme des aliments d'une journée en un plus grand nombre de repas, pour ne pas faciliter d'abord la distension de leur

estomac qui, par la stase prolongée, engendre si facilement la dilatation durable dans les conditions de débilité nerveuse où se trouvent par hérédité tant d'adolescents contemporains.

Ces modifications du régime alimentaire habituel sont faciles à réaliser dans les familles ; elles le sont beaucoup moins dans les établissements scolaires, où la règle générale de la maison fléchit rarement dans l'intérêt de quelques individus. Néanmoins il me semble que l'organisation d'un certain nombre de *régimes spéciaux pour les principales catégories d'adolescents à croissance irrégulière ou à prédispositions morbides évidentes* (obèses précoces, lymphatiques suspects de prétuberculose, dyspeptiques) ne serait pas irréalisable pour des économes avisés et conseillés par nos confrères ; ce serait un grand progrès dans l'hygiène alimentaire des établissements scolaires.

L'alimentation des écoliers.

(Conférence faite à l'*École des Hautes Études sociales*, 1908.)

Quelle part revient au médecin dans l'éducation et dans l'instruction?

(Communication au *Congrès d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie* de Nantes, 1901.)

Dans cette étude j'ai voulu montrer tous les progrès qui pourraient être réalisés par l'association entre l'éducateur et le médecin. Outre les conseils que nous donnons au point de vue de l'hygiène purement physique, nous pourrions en fournir de salutaires au point de vue de l'éducation morale et de l'instruction. Connaissant les antécédents héréditaires, nous pourrions indiquer aux parents des règles d'hygiène cérébrale applicables dès la première enfance pour éviter le développement de certaines tendances dangereuses ; puis à mesure que l'enfant grandit, d'après tels ou tels indices, nous pouvons dépister des prédispositions qui nécessitent une éducation appropriée. Quand l'heure de l'instruction a sonné, le médecin peut seul décider utilement à quel âge l'enfant peut sans inconvénient commencer à travailler, combien de temps chaque jour, s'il doit être placé dans un établissement scolaire à la ville ou à la campagne, dans quel climat, quelle nourriture il faudra lui assurer. Au cours des études, le médecin seul souvent peut démêler pourquoi un enfant cesse de bien travailler, perd la faculté d'attention ou la mémoire par suite d'états pathologiques qui échappent aux parents

comme aux maîtres (adénoïdes, dyspepsie, stercorémie, phosphaturie, onanisme, albuminurie intermittente, insuffisance thyroïdienne). Les crises physiologiques de la croissance, de la puberté, ont un retentissement sur le caractère et le travail dont un médecin seul peut apprécier l'importance. C'est encore le médecin qui, par des conseils donnés à propos et assez tôt, peut prévenir les premiers abus sexuels, les maladies vénériennes. Pour le choix des carrières c'est lui qui pourrait souvent donner l'avis le plus utile d'après l'examen des aptitudes physiques et psychiques. Ces divers services que peut rendre le médecin, s'ils ne lui sont pas demandés aussi souvent qu'il faudrait, du moins ne sont pas contestés.

Mais je suis allé plus loin et j'ai posé un principe plus révolutionnaire, c'est que le médecin pourrait être consulté avec avantage pour le *choix des méthodes pédagogiques et l'élaboration des programmes*. J'ai insisté sur l'erreur qui consiste à soumettre à des règles uniformes l'éducation des enfants sans tenir un compte suffisant des grandes différences qui existent entre les enfants du même âge suivant les aptitudes que laissent à chacun l'hérédité, l'innéité, le tempérament, les anomalies de la croissance et les maladies accidentelles ou diathésiques. Sans parler des enfants grossièrement anormaux pour lesquels il est de toute évidence qu'il faut une pédagogie spéciale, même parmi les enfants réputés normaux d'une même classe existent des différences telles d'aptitudes et de capacité de travail qu'il est illogique de leur imposer les mêmes méthodes et les mêmes programmes.

Ce lot d'élèves faibles, qui fait le désespoir des maîtres désireux de voir « marcher » leur classe, est composé en général d'anormaux (relatifs) pour lesquels il faut des méthodes spéciales. Ceux-là il faudrait les faire passer au crible de l'examen médical et, après constatation chez eux de tares physiques ou nerveuses nécessitant une hygiène somatique ou intellectuelle spéciale, les grouper suivant leurs tares, afin de leur appliquer des médications pédagogiques similaires. Ces diverses catégories d'anormaux pédagogiques ne peuvent être délimitées par les pédagogues qu'avec la collaboration des médecins.

Dans la confection des programmes ne devrait-on pas tenir compte des observations faites par nous sur la fréquence croissante des enfants à hérédité, névropathique, qui n'ont qu'un faible pouvoir d'attention et ne subissent que lentement l'imprégnation des notions que leurs maîtres essayent d'y faire pénétrer? Or la multiplicité des matières qu'on fait entrer dans les

programmes va croissant, sans égard pour cette masse croissante d'écoliers à faible et lente capacité d'assimilation intellectuelle, surtout dans leurs premières années d'études ; beaucoup sont peu précoces, leur curiosité scientifique s'éveille tard : il faudrait au début ne les mettre aux prises qu'avec des programmes simples et concentrer leur faible attention sur un petit nombre de sujets au lieu de l'éparpiller sur des matières de plus en plus nombreuses, comme on tend de plus en plus à le faire, sous l'influence de tous les spécialistes dans toutes les branches de l'enseignement, sans tenir compte de la capacité individuelle des enfants, qui dépend le plus souvent d'états pathologiques que le médecin seul peut signaler aux parents et aux maîtres.

Rôle du médecin scolaire.

(Rapport présenté au *Premier Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique*, 1er novembre 1903.)

Dans ce travail j'ai passé en revue ce qui avait été fait jusqu'à notre époque pour assurer aux écoliers et aux collégiens une surveillance médicale et montré que la nécessité d'attacher un médecin à un établissement scolaire est une conception moderne. C'est sous le second Empire que Duruy pourvut chaque lycée d'un médecin. Jusqu'à ce jour le service médical s'est borné à visiter à l'infirmerie les enfants qui paraissent souffrants, les y retenir s'ils sont malades ou décider qu'ils seront renvoyés à leurs parents ; en cas d'épidémie, diriger la désinfection et faire décider le licenciement, répondre à des questions posées par l'administration sur certains problèmes d'hygiène générale. Mais il est regrettable que les médecins des établissements scolaires ne connaissent les élèves que quand ils sont malades, n'aient aucun rapport avec leurs familles et ne puissent en aucune façon exercer une influence de prophylaxie individuelle sur les écoliers. J'ai montré combien plus large devrait être la tâche du médecin scolaire. Dès l'arrivée d'un élève nouveau il devrait être mis au courant de tout ce qui concerne le passé et l'état actuel et établir une fiche médicale individuelle dans laquelle serait consigné le résultat de l'examen des divers organes. Le médecin doit être consulté et ses avis doivent être suivis pour l'aménagement des salles de classe et d'étude, des dortoirs, de l'infirmerie. la surveillance de la propreté corporelle, la réglementation des exercices physiques, l'alimentation, l'organisation de la gymnastique ; il doit être chargé d'enseigner l'hygiène à la fois

par quelques leçons didactiques et surtout par des conversations familières avec les élèves, les maîtres, le directeur et les parents avec lesquels il est nécessaire qu'il prenne contact. J'ai répété ce que j'avais avancé au Congrès de Nantes : que le médecin doit être consulté pour l'hygiène morale et intellectuelle comme pour l'hygiène physique et même pour l'établissement des programmes et le choix des méthodes pédagogiques applicables à certaines catégories d'enfants. Pour remplir cette tâche il serait indispensable que les médecins scolaires fissent partie de droit des conseils d'administration des établissements auxquels ils sont attachés et qu'ils fussent représentés au conseil supérieur de l'instruction publique. Il serait naturellement nécessaire que les médecins scolaires fussent rétribués en proportion des services plus étendus qu'ils rendraient et, pour recruter un personnel médical préparé à cette tâche, il faudrait une préparation spéciale comportant, outre la connaissance générale de la médecine infantile et de l'hygiène, une culture particulière au point de vue psychologique et pédagogique. Il y aurait sans doute avantage à créer un diplôme de médecine scolaire ou un concours.

Historique de la Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles.

(*Hygiène scolaire,* janvier 1903.)

Dans la première Assemblée générale, le 7 décembre 1902, de cette Association, qui s'appelle plus brièvement aujourd'hui Ligue française pour l'hygiène scolaire et que j'ai eu l'honneur de présider le premier, j'ai indiqué dans quelles conditions elle avait pris naissance et quelle part j'ai eue à sa constitution.

De 1880 à 1890, l'opinion publique s'est émue de la difficulté croissante pour les écoliers et collégiens de suivre les programmes scolaires de plus en plus chargés. Les parents confiaient chaque jour leurs plaintes aux médecins, qui ont dénoncé le surmenage intellectuel et déploré l'insuffisance des exercices physiques. On était tombé d'accord sur la nécessité de donner place à ceux-ci dans les programmes ; mais, mal réglementés, ils ont failli créer un danger de plus pour notre jeunesse non entraînée ; on crut trouver un remède au surmenage intellectuel en y ajoutant le surmenage physique, comme si l'un et l'autre n'étaient pas le surmenage nerveux.

Des discussions ont eu lieu dans diverses enceintes, mais il en est résulté peu de lumière, car on discutait entre gens de même profession : les professeurs entre eux, dans les conseils de l'Université, niant en général le surmenage et s'inquiétant de modifier les programmes et non de les alléger ; les membres de l'Académie de médecine raisonnant en

hommes qui n'avaient pas eu jusqu'alors à étudier la pédagogie et que la question ne passionnait pas. Enfin, vint la grande enquête menée par une commission de membres du Parlement, qui aboutit à la publication de documents du plus haut intérêt, mais devant laquelle on est étonné de voir que si peu de médecins aient déposé, et où l'hygiène n'est même pas abordée.

On avait pensé jusqu'alors que les deux catégories de citoyens les plus aptes à juger des résultats pédagogiques sont les professeurs et les pères de familles qui suivent l'éducation de leurs enfants. Mais les premiers sont juges et parties, et les seconds ont rarement la compétence voulue pour apprécier la double face de la pédagogie, le côté physique et le côté intellectuel. J'ai pensé que les citoyens qui sont dans la meilleure posture pour juger le résultat de l'effort pédagogique contemporain sont les médecins, et surtout les médecins qui assistent à l'éducation de leurs propres enfants.

Or, au commencement du xx[e] siècle, c'étaient les médecins de 40 à 50 ans, qui se trouvaient réunir cette double condition d'avoir pu suivre pas à pas l'éducation d'enfants qu'ils ont vu à la fois en pères et en médecins, et d'avoir été, à l'occasion de cette éducation, en rapports constants avec beaucoup de professeurs. Tel était mon cas. Tel était celui du D[r] Albert Mathieu. Comme père et comme médecin, il constatait combien il est difficile de concilier les nécessités de l'hygiène physique de ses enfants avec les exigences des programmes imposés par l'Université aux élèves de ses lycées ; il entreprit une enquête auprès des familles de sa clientèle et recueillit des impressions analogues aux siennes. Il pensa qu'une campagne d'opinion devait être tentée pour attirer l'attention des chefs de l'Université sur certaines réformes indispensables.

Il m'en parla et, comme je me préoccupais moi-même, depuis nombre d'années, des problèmes que soulève l'obligation de faire marcher de front l'hygiène et la pédagogie, sans faire tort ni à l'une ni à l'autre, nous fûmes rapidement d'accord. M'étant à une certaine époque adonné spécialement à l'étude des maladies de l'enfance, j'avais bien des fois reçu les doléances de familles inquiètes au sujet de la santé de leurs enfants, soit au point de vue des troubles digestifs qu'on imputait à l'alimentation fournie par les établissements scolaires, soit à cause de l'insuffisance des exercices physiques, ou au contraire à cause de la tournure sportive que prenaient ceux-ci, soit au sujet de la difficulté de faire suivre régulièrement les cours et accomplir tous les devoirs imposés sans empiéter sur le temps nécessaire aux repas et au sommeil.

J'avais entrepris des enquêtes sur ces divers points et j'en avais consigné les résultats dans plusieurs communications à des sociétés scientifiques, à l'Association pour l'avancement des Sciences, dans les réunions de Besançon (1893) et de Caen (1894). J'avais montré comment les réformateurs de nos établissements scolaires, après avoir longtemps méconnu la nécessité des exercices physiques au grand air, s'étaient laissés aller à autoriser et même à préconiser un système de jeux sportifs, sans entraînement méthodique, excitant démesurément l'émulation des enfants et pouvant compromettre plutôt que fortifier les débiles pour créer une sélection de sportsmen, et j'avais, de concert avec mon maître, le P[r] Bouchard, fait triompher cette conclusion qu'il fallait encourager les jeux de plein air, les exercices méthodiques et la gymnastique médicale, mais faire la guerre au sport dans les établissements scolaires.

Au congrès de pédiatrie de Marseille, en 1898, je signalais les améliorations à apporter dans l'alimentation des collégiens.

A celui de Nantes, en 1901, je demandais qu'une part plus large fût dévolue au méde-

cin dans l'éducation et même dans l'instruction des enfants. Je signalais cette contradiction : les auteurs qui ont écrit sur la pédagogie, invoquant à chaque instant les témoignages du physiologiste et du médecin à l'appui de leurs théories pédagogiques, et, dans la pratique, les pédagogues négligeant presque complètement les avis du médecin, tant que les enfants ne sont pas malades.

Et cependant les médecins seuls sont compétents pour indiquer l'hygiène cérébrale aussi bien que l'hygiène alimentaire qui conviennent aux enfants sains pour qu'ils ne deviennent pas malades, et aux enfants, plus nombreux qu'on ne croit, qui, sans être positivement malades, ne sont pas non plus absolument sains, pour les anormaux comme pour les prédisposés à la maladie par des influences héréditaires ou congénitales.

Tous les médecins ont reconnu avec moi combien peu les réformateurs de l'enseignement secondaire ont tenu compte des lois de la physiologie cérébrale de l'enfant, en éparpillant ses efforts sur des programmes trop étendus, en s'adressant trop à la mémoire des mots et trop peu à celle des yeux.

Nous avons déploré les classes trop nombreuses, qui ne permettent pas au maître d'étudier individuellement ses élèves et d'individualiser ses méthodes d'enseignement, en les appropriant à la diversité de leurs tempéraments physiques, intellectuels et moraux.

En résumé, nous regrettons, pour employer l'heureuse expression de M. Albert Mathieu, que la pédagogie ne soit pas « physiologique ». Convaincus tous deux que les progrès dans l'éducation ne peuvent découler désormais que d'une entente continuelle entre les professeurs, les familles et les médecins, qui sont toujours des intermédiaires nécessaires et parfois les seuls arbitres autorisés, nous nous sommes décidés en février 1902 à faire appel à nos confrères et aux pères de famille, pour créer une association ayant pour objet d'étudier les moyens d'améliorer l'hygiène physique et intellectuelle des écoliers et des collégiens, de concert avec les membres du corps enseignant.

Le 30 mars, au nom du premier groupe d'adhérents médecins, nous lançions un manifeste au public, que la plupart des journaux ont reproduit et accueilli avec faveur. Une réunion des nouveaux adhérents adopta les statuts constitutifs de la Ligue et nous nous sommes mis à l'œuvre.

La ligue avait pour but :

1° D'appeler l'attention sur les inconvénients que présente l'organisation actuelle du régime scolaire pour des enfants et des jeunes gens en voie de développement ;

2° D'obtenir que l'on donne aux exercices physiques, *sagement mesurés*, et à la vie au grand air toute l'importance qu'ils réclament à cet âge ;

3° De faire réformer les programmes et les méthodes scolaires de façon à éviter le surmenage cérébral et l'éparpillement des efforts intellectuels ;

4° De réclamer pour les médecins, seuls compétents en matière d'hygiène, et pour les pères de famille, une participation plus effective dans la réglementation de la vie physique et intellectuelle des écoliers.

Notre Comité fut provisoirement composé de MM. Doléris, Quénu, P. Marie, Siredey, Reynier, Béclère, M. de Fleury, de Ranse, Félix Regnault, Triboulet, Méry, Louis Guinon, Ledoux-Lebard, Stéph. Bonnet, H. Cézilly, Dalché, André Thomas, Milian, J. Ch. Roux, Burnet et Franck Puaux, et considéra que les revendications fondamentales de la Ligue devaient d'abord être les suivantes :

1° *La constitution d'une fiche médicale individuelle* à l'entrée de chaque élève dans un établissement scolaire ; *la mise à jour ou revision périodique de cette fiche* à intervalles plus

ou moins espacés (trimestriels ou semestriels) par les soins du médecin attaché à l'établissement.

2° *La surveillance constante de l'hygiène dans chaque établissement scolaire par un comité comprenant le médecin de l'établissement, soutenu par un ou plusieurs autres indépendants de l'administration, et un certain nombre de pères de famille ayant leurs enfants dans l'établissement.*

3° L'exécution du paragraphe 7 de l'article 9 de la loi du 30 octobre 1886 et des prescriptions du décret du 18 janvier 1887, *qui rendent obligatoire la création dans chaque département d'un service d'inspection médicale des établissements d'enseignement primaire publics et privés* et qui dans plus de la moitié de nos départements n'avait pas été exécuté.

Enfin nous devions surtout réveiller dans le public le souci des questions d'hygiène scolaire et en favoriser l'étude pour amener la solution des points controversés, grâce à un organe de publicité, Bulletin périodique indépendant, *l'Hygiène scolaire*, et à des conférences faites par les membres de la Ligue.

Des relations réciproques entre élèves et maîtres au double point de vue des maladies contagieuses et des influences morales.

(Communication au *Premier Congrès international d'hygiène scolaire*, Nuremberg, 1904.)

Une école, une classe est comme un être vivant, un organisme dont les divers éléments sont solidaires et réagissent les uns sur les autres.

L'action du maître sur les élèves est double : tout maître, digne de ce nom, cherche, par un effort conscient, à modeler leurs volontés à l'image de son idéal ; mais il exerce aussi involontairement une influence par sa manière d'être physique, par tout ce qu'il dit et tout ce qu'il fait, par son caractère et par ses maladies.

Les élèves exercent incontestablement les uns sur les autres des actions réciproques, par leurs maladies, comme par leurs caractères.

Mais il y a aussi une action des élèves sur les maîtres. Si les maîtres ne reçoivent que par exception de leurs élèves des germes de contagion, ils en reçoivent incessamment des impressions d'ordre nerveux, mais par malheur ces impressions sont moins souvent agréables que pénibles. La connaissance de ces impressions doit être l'objet des préoccupations des pédagogistes. Car les aspirants au professorat seront utilement avertis dans les Écoles Normales du soin avec lequel ils devront se défendre contre les réactions fâcheuses qu'ils pourraient involontairement opposer aux agressions morales conscientes, comme aux influences nerveuses inconscientes exercées par leurs élèves sur eux.

Cette question constitue un domaine de la physiologie qui confine à la pathologie et où l'alliance des pédagogistes et des médecins serait appelée, je crois, à donner les plus heureux résultats.

J'envisage successivement la transmission des maladies contagieuses entre les élèves et les maîtres, la propagation des maladies nerveuses et morales dans le milieu scolaire et enfin les moyens de prévenir ces divers dangers.

I

Passant rapidement sur les maladies aiguës, épidémiques, les transmissions des maladies de la peau ou du cuir chevelu, je me suis attaché surtout à la **tuberculose,** à laquelle les instituteurs payent un lourd tribut.

A Paris et dans les grandes villes de France un cinquième des instituteurs est tuberculeux, suivant Brouardel.

Suivant Samuel Bernheim et André Roblot, dans les écoles primaires de Paris, un tiers des enfants sont porteurs de manifestations tuberculeuses. Chez eux les localisations bacillaires sont plus souvent ganglionnaires, osseuses, articulaires, sous-cutanées et cutanées que pulmonaires et par conséquent, tuberculoses fermées, ne disséminent pas de bacilles.

Il n'y a dans les écoles que peu d'enfants tuberculeux pulmonaires dont les crachats et la salive contiennent des bacilles. Ces enfants crachent rarement et ce n'est guère d'eux que viennent les bacilles qui peuvent se trouver sur les planchers des classes ; ces bacilles y sont plus souvent apportés de la rue par les semelles des chaussures.

Si les enfants sont exposés à se contaminer entre eux, c'est plutôt par projection de parcelles de salive bacillifère quand ils toussent, ou même en parlant, ou par l'échange d'objets scolaires souillés (crayons, porte-plumes, ardoises, feuillets de livres).

Ce mode de contagion peut s'exercer aussi entre élèves et maîtres et réciproquement.

D'ailleurs il y a dans la production de la tuberculose scolaire des causes qui agissent à la fois sur les maîtres et sur les élèves : le balayage des classes si longtemps pratiqué à sec par les élèves eux-mêmes ou fait le matin avant l'arrivée des élèves et le *séjour prolongé dans des salles de classe insuffisamment aérées* et trop rarement ventilées.

Il y a des *causes qui prédisposent particulièrement les maîtres* à devenir

tuberculeux. La *fatigue professionnelle*. Le surmenage professionnel augmente à l'époque de l'année où les élèves sont sur le point de subir les examens pour obtenir le « certificat d'études ».

Les travaux supplémentaires qu'ils s'imposent souvent, soit pour augmenter un traitement insuffisant, soit pour acquérir des distinctions honorifiques, soit dans un but purement humanitaire : œuvres post-scolaires, enseignement gratuit des adultes, conférences de vulgarisation pour lutter contre l'alcoolisme et contre la tuberculose elle-même. réunions pédagogiques ou conférences le jeudi et le dimanche. Beaucoup d'entre eux ne quittent guère la classe que pour prendre leurs repas et dormir dans un *domicile où ils trouvent encore des conditions hygiéniques défectueuses* qui frappent au maximum les *instituteurs adjoints et suppléants*.

La contamination possible des élèves par un instituteur tuberculeux est incontestable et a été prouvée.

Dans les *collèges et les Écoles Supérieures, les maîtres sont moins souvent frappés,* parce que les conditions hygiéniques sont meilleures pour eux, mais la tuberculose frappe *souvent les élèves,* parce que le surmenage nerveux des examens et des concours et l'insuffisance de la vie au grand air mettent les adolescents dans une perpétuelle prédisposition à l'infection.

J'ai indiqué les *moyens* qui peuvent permettre de la *prévenir*.

La première mesure consiste à n'y admettre aucun instituteur notoirement tuberculeux. Examen médical des candidats aux Écoles Normales fait assez longtemps avant l'inscription au concours d'entrée pour que des candidats ayant pris la peine de se préparer à ce concours ne soient pas exposés à en être écartés au dernier moment pour inaptitude physique. Les médecins chargés de cet examen physique ne doivent pas se contenter d'écarter les tuberculoses ouvertes, mais celles même qui débutent.

Malgré les soins apportés à cet examen, il peut arriver que, chez un candidat qui paraissait sain au moment de l'examen médical et de son entrée à l'École Normale, on découvre ultérieurement une tuberculose en évolution. Il est donc nécessaire que le personnel de maîtres soit périodiquement l'objet de nouveaux examens médicaux.

On ne doit pas admettre dans les établissements scolaires des élèves porteurs de tuberculoses externes suppurantes, ni de tuberculoses pulmonaires ouvertes.

Surveillance médicale méthodique et périodique pour dépister les enfants capables de contagionner leurs camarades ou leurs maîtres.

Il faut veiller avec vigilance à la salubrité du milieu scolaire, ne pas tolérer que les classes soient encombrées.

Le balayage ne doit être fait qu'au moyen de linges humides ou après projection sur le sol d'une quantité suffisante de sciure de bois mouillée, toujours le soir après la sortie des élèves, et exécuté par des employés adultes.

Améliorer les logements des instituteurs, *diminuer le surmenage professionnel* et *élever certains traitements* qui sont insuffisants pour permettre une alimentation réparatrice des forces.

Pour les écoliers qui paraissent trop peu ou mal nourris dans leur famille, il faut des *cantines scolaires*.

Il faut que maîtres et élèves passent le plus de temps possible au grand air. Dans les écoles de villages, les maîtres doivent faire le plus souvent possible des leçons de choses dans la campagne. Dans les grandes villes, on doit, pour faciliter les jeux de plein air, créer des *jardins scolaires* à cause de l'insuffisance de beaucoup de préaux d'écoles.

Création de « lycées sanatoriums » ou « lycées de convalescence », établissements médico-pédagogiques ou « écoles de santé » avec programmes réduits et alimentation spéciale en dehors des villes, près de la mer ou des montagnes.

Les maîtres suspects de tuberculose, il faut les dépister le plus tôt possible. Si l'un d'eux est trouvé souffrant, déprimé, maigrissant sans être encore nettement malade, il faut lui accorder un *allègement de travail* avec une *bourse de meilleure alimentation*.

Si la tuberculose est bien caractérisée, il faut aussitôt mettre le malade en *congé illimité avec traitement d'activité*.

Pour le traiter, deux moyens s'offrent, *la cure hygiénique et diététique libre*, soutenue par les soins et les conseils d'un *dispensaire médical*, ou l'envoi dans un *sanatorium*.

Mais, après la guérison, avant de permettre la réintégration dans le cadre enseignant, pour s'assurer que la guérison est durable et la consolider, il faudrait faire passer à l'instituteur quelque temps dans une *colonie sanitaire* où, dans des conditions hygiéniques spéciales, il pourrait se remettre peu à peu au travail intellectuel.

II

Au point de vue des **maladies nerveuses** et des **états psychiques,** j'ai insisté sur la contagion par imitation de certaines chorées, qu'il serait utile de dépister de bonne heure. dans la période où l'enfant est troublé dans ses facultés intellectuelles, distrait, incapable d'écouter et de suivre les explications, incapable de garder, je ne dis pas l'immobilité — impossible à la plupart des enfants, — mais même le calme relatif nécessaire à la discipline. Le maître, s'il ne soupçonne pas la possibilité de cette période prodromique de la névrose latente, sera agacé au plus haut point par l'inattention croissante, le besoin de plus en plus accentué de se remuer qu'il constatera chez un enfant jusque là semblable aux autres et qui ne lui paraîtra pas encore malade ; de là des réprimandes et des punitions, justifiées au point de vue de la discipline, mais imméritées, qui rendront encore l'enfant plus nerveux jusqu'au jour où l'explosion des mouvements incoordonnés sera évidente.

Importance des *tics nerveux* dont le spectacle est souvent d'un très fâcheux effet sur les condisciples voisins du tiqueur. La contagion des tics par imitation est indéniable. Les maîtres doivent être prévenus que leur rôle n'est pas de gronder les enfants au sujet de leurs tics ; ils doivent seulement les signaler aux médecins. Un enfant tiqueur à un haut degré, pouvant exercer une mauvaise influence sur les autres, doit être écarté de l'école temporairement et traité au moyen de la rééducation des mouvements, entreprise aujourd'hui avec succès par les médecins.

Ces tics se voient aussi chez les adultes et les maîtres n'en sont pas exempts ; il s'agit alors de tics invétérés datant de l'enfance, les uns très peu accusés et qui peuvent passer inaperçus des élèves. Quelques-uns malheureusement affectent une forme et une intensité si choquante qu'ils attirent inévitablement l'attention des élèves et provoquent de la part de ceux-ci la moquerie, et chez plusieurs même sans doute l'imitation d'un tic analogue par suggestion visuelle. Un candidat à l'École Normale, atteint d'un tic de ce genre, me paraît devoir être écarté, s'il n'arrive pas à en guérir.

L'*épilepsie* est évidemment incompatible avec la fonction du professeur. Non seulement la forme convulsive du mal comitial, qui exposerait les enfants à un des spectacles les plus terrifiants pour de jeunes cerveaux impression-

nables, mais les formes atténuées, le vertige, l' « absence » même la plus courte, sont de nature à faire écarter de l'enseignement le jeune homme qui en serait atteint. On sait combien les formes larvées de l'épilepsie sont difficiles à diagnostiquer ; chez un candidat à l'enseignement l'épilepsie larvée peut avoir échappé à la sagacité du médecin chargé de l'examen physique d'aptitude. Si la névrose se révèle après que le maître est entré en fonctions, on ne doit pas hésiter à le réformer, n'eût-il que des attaques faibles et espacées. Aucun médecin n'ignore combien l'état mental des épileptiques est fécond en fâcheuses surprises, avec quelle soudaineté ils sont portés par d'irrésistibles impulsions à des actes de violence ou d'obscénité ; ceux même qui ne présentent pas d'accès impulsifs ont en général un caractère sombre, sournois, vindicatif.

L'hystérie est moins indiscutablement rédhibitoire chez la femme. On ne peut accepter comme maîtresses de classes des jeunes filles sujettes aux grandes attaques hystéro-épileptiques, ni même celles qui ont fréquemment de petites attaques convulsives ou syncopales, dont le spectacle serait certainement capable de provoquer chez les élèves des crises du même ordre. Il faut aussi considérer comme fort dangereuses celles qui, n'ayant que de rares convulsions, ou même n'ayant que des stigmates d'anesthésie, de diminution de la sensibilité sensitivo-sensorielle, ont présenté des paralysies ou des contractures d'une certaine durée ou récidivantes ; plus dangereuses encore celles chez qui se révèle l'état mental particulier dont les traits ont été si bien fixés par Briquet, Lasègue, Charcot, *tares* morales et affectives du plus fâcheux exemple, le goût du mensonge même inutile, la vanité exaspérée, la jalousie, l'humeur querelleuse, l'imagination romanesque poussée jusqu'au degré le plus invraisemblable, la coquetterie la plus effrénée. Quels déplorables résultats peut avoir et n'a eu à vrai dire que trop souvent l'aveuglement des parents ou de directrices d'institution qui avaient confié l'éducation de jeunes filles à quelqu'une de ces hystériques cérébrales !

Quant à l'hystérie masculine, elle n'affecte que rarement les formes bruyantes de l'hystérie féminine convulsive ; mais elle aurait encore un grand inconvénient chez un maître sous les formes psychiques, telles que l'extrême instabilité d'humeur, la jactance ridicule et surtout les perversions du sens génital.

La présence d'enfants hystériques à un degré accentué dans une classe est fort préjudiciable à leurs condisciples ; leur esprit de mensonge et d'intrigue

risque d'autant plus de développer chez les autres enfants des défauts semblables que ces hystériques ont souvent des qualités séduisantes qui leur donnent un fâcheux ascendant sur leurs camarades. Les maîtres doivent les soumettre à une surveillance étroite et ne pas placer auprès d'eux les enfants naïfs et crédules.

Pour la *neurasthénie*, l'influence qu'elle peut avoir dans les rapports entre maîtres et élèves est affaire de degré. Il y a peu de jeunes gens qui ne traversent au cours de leurs études des périodes d'asthénie, conséquence d'une croissance trop rapide et d'un travail disproportionné à leurs forces. Ces troubles, s'ils sont peu durables et ne récidivent pas, ne sont pas de nature à écarter un candidat au professorat. Mais, quand il s'agit de ces jeunes gens issus de familles névropathiques, précocement atteints de neurasthénie à rechutes fréquentes et prolongées, il n'y a aucun fond à faire sur leur valeur comme éducateurs. Ou bien ils seront incapables, malgré leurs efforts, de donner la somme d'énergie nécessaire à l'enseignement, ou bien, toujours enclins à se plaindre et à se faire plaindre, ils se laisseront aller à prendre pour confidents de leurs innombrables malaises les jeunes gens confiés à leurs soins : aux uns ils paraîtront ridicules et près de ceux-là perdront toute autorité morale, aux autres ils suggèreront l'habitude fâcheuse d'analyser incessamment toutes leurs sensations physiques et les achemineront à leur tour vers la nosomanie et l'hypocondrie.

III

Outre les maladies nerveuses proprement dites, acquises antérieurement à l'exercice des fonctions professorales, il faut envisager celles qui prennent naissance au cours de ces fonctions et sous l'influence même de celles-ci. On voit des maîtres qui avaient abordé sans tares nerveuses apparentes l'exercice de leur profession et qui, au bout de quelques mois ou de quelques années, se révèlent des névropathes avérés dont les troubles nerveux vont croissant d'année en année au point de les rendre un jour impropres à leurs fonctions. Il en est chez lesquels la névrose découle de circonstances étrangères à leur profession et auxquelles tous les hommes sont exposés : chagrins de famille, perte d'enfants, disproportion entre les ambitions secrètement caressées et la lenteur, l'insignifiance des résultats acquis, les difficultés de l'avancement, la mesquinerie d'une existence où les privations sont incessantes.

Chez d'autres, c'est la profession même qui engendre la perturbation nerveuse, soit qu'il s'agisse d'une désillusion professionnelle, le jeune maître ayant rencontré dans la mise en pratique des notions pédagogiques théoriques apprises à l'École Normale des difficultés qu'il ne soupçonnait pas aussi grandes, soit qu'il y ait un excès de travail intellectuel et physique.

A un degré variable tous les maîtres connaissent ces périodes de fatigue qui leur font trouver à certains moments le fardeau de la classe trop lourd. C'est à l'approche des examens, quand ils ont dû fournir une somme d'efforts exceptionnelle pour entraîner des élèves fatigués eux-mêmes. A ce moment la fatigue se traduit par une irritabilité plus grande, une vision moins claire du caractère de chaque élève ; la discipline paraît plus difficile à obtenir ; les explications sont moins lucides.

Ce qui produit surtout cette fatigue, ce sont les classes trop nombreuses, les programmes trop chargés. La fatigue du maître et celle des élèves s'additionnent ; elles mettent en saillie les défauts des uns et des autres ; ils se prennent presque en aversion. La classe, qui était à une autre époque, sinon un plaisir pour tous, au moins acceptée avec assez d'entrain par la plupart, devient une corvée. Heureusement cette crise de fatigue arrive peu avant l'époque des vacances et de la séparation, et, quand cette heure de délivrance va sonner, de part et d'autre un soulagement se fait sentir ; on se pardonne et on se quitte bons amis.

Dans les classes dont les élèves se préparent à certains concours où le nombre des places est très restreint, l'effort énergique, le « coup de collier » est donné de bonne heure, sans mesure. Dès le mois de janvier s'allume la « fièvre du concours » et les élèves se surmènent. Trop souvent les maîtres, loin de les modérer, se laissent entraîner par l'ardeur des candidats et oublient que la prudence commanderait de ménager les forces de cette jeunesse trop confiante en elle-même. D'ailleurs, l'amour-propre des maîtres est en jeu aussi, puisque celui dont les élèves triomphent retire de cette victoire un éclat personnel, et c'est souvent le maître lui-même qui stimule sans trêve l'ardeur de son équipe. Il ne songe pas alors que, parmi ceux qui gagneront le laurier, il en est qui le payeront d'un épuisement nerveux prolongé ou définitif et que d'autres, même sans avoir triomphé et pour avoir seulement essayé de le conquérir, trébucheront et tomberont fourbus dans l'arène.

Il faut donc prévenir ce mauvais emploi des forces de la jeunesse en évitant cette réaction réciproque d'exaltation au travail.

Il faut faire comprendre aux maîtres que leur rôle n'est pas alors d'exciter, mais de modérer, et d'expliquer aux jeunes gens présomptueux que tout effort demande un entraînement méthodique, que chaque jour il faut accorder à « la bête » une quantité suffisante de repos, si on ne veut pas qu'elle s'affaisse sous son cavalier. Il appartiendra au médecin d'ordonner à l'heure opportune l'hydrothérapie et les autres soins d'hygiène physique qui soutiennent le système nerveux et en augmentent la résistance.

Parmi les *caractères* de maîtres qui exercent sur le système nerveux des enfants une influence nuisible, il en est de types très divers.

L'un, sujet à la colère à un degré morbide, donne à la moindre incartade d'un écolier le spectacle répugnant ou ridicule d'un homme hors de lui, ne se possédant plus, roulant des yeux furibonds, vociférant et balbutiant des injures.

Cet autre, susceptible à l'excès, se croit atteint dans sa dignité pour une vétille et, incapable de proportionner la punition à l'importance de la faute commise, fausse le sentiment de la mesure et de l'équité dans l'esprit des enfants. On en a vu qui, incapables de se dominer et se croyant insultés par un de leurs élèves, se sont oubliés jusqu'à s'élancer de la chaire pour se colleter avec l'insulteur et l'expulser de leurs propres mains.

Il en est qui, tatillons et pointilleux, harcèlent les écoliers de critiques incessantes, de reproches trop fréquents, s'exposant, suivant les caractères des enfants, à les terroriser ou à les révolter.

Tel maître ayant à un degré déjà accentué la tournure d'esprit morbide qui prélude au délire de persécution, croit à une conspiration de tous ses élèves ou de certains d'entre eux; comme on le voit dans le vrai délire de persécution, se croyant persécuté, il devient persécuteur et accable ses élèves de punitions incessantes et imméritées. Par réaction, un tel maître peut faire naître parmi les enfants le besoin des complots contre lui. Il est arrivé que des chefs d'établissement scolaire aient, par un scrupule honorable, mais cependant blâmable au point de vue pédagogique, hésité à briser la carrière d'un maître ainsi malade, en le dépossédant de sa chaire.

N'avez-vous pas connu cet autre maître, malheureux dans sa maison et sa famille, qui, aigri par ses incessants tracas domestiques, arrive en classe prêt à déverser sa colère sur ses élèves qui n'en peuvent mais ?

A l'autre pôle des incorrections du caractère est ce maître « bon enfant », trop bon enfant, tout disposé à être trop familier avec ses élèves, leur contant

ses affaires les plus intimes, sujet à des lubies, parfois bouffonnes, qui devient la risée de ce petit monde si vite disposé à l'irrespect.

Il n'est pas jusqu'au maître trop mélancolique qui ne puisse exercer sur les enfants une influence fâcheuse.

A toutes les perturbations nerveuses qui peuvent résulter des actions et réactions morbides entre élèves et maîtres, quels remèdes opposer ?

Du côté des maîtres, il faut écarter des Écoles Normales tous les candidats atteints de tares nerveuses importantes. Pendant leur temps d'école il ne faut pas les laisser se surmener, pour cela il faut leur réserver une somme d'heures suffisante pour la vie physique ; il faut les obliger à une pratique fréquente de l'hydrothérapie, en installant partout les appareils nécessaires dans les conditions les meilleures.

Du côté des élèves, il faudrait diminuer la surcharge des programmes, améliorer, en les simplifiant, les méthodes pédagogiques. C'est encore par l'hydrothérapie (obligation des douches tièdes ou froides, des bains fréquents) que nous pouvons espérer faire diminuer les troubles nerveux chez les élèves. A l'approche des examens et des concours il faut imposer un redoublement de soins d'hygiène physique, et les directeurs d'établissements scolaires doivent modérer l'ardeur des maîtres et des élèves.

Mais, pour dépister et prévenir les contagions de tout ordre, pour maintenir l'équilibre nerveux entre élèves et maîtres, le médecin scolaire, instruit et spécialisé, m'apparaît comme le régulateur nécessaire de ce microcosme vivant qu'est une classe, une école.

De la nécessité des collèges « climatiques » pour les enfants débiles et de l'utilité de classes spéciales dans certains établissements scolaires pour les écoliers convalescents ou temporairement arriérés.

(*Deuxième congrès d'hygiène scolaire*, 1905.)

Il semble que notre enseignement public ne connaisse que deux catégories d'enfants, les sains et les malades.

L'organisation scolaire n'a en vue que les premiers ; les seconds doivent être rendus à leurs familles, qui ont à les soigner et ne pourront les remettre au collège que quand ils seront guéris.

Cette classification simpliste dénote une ignorance absolue de ce qu'il faut

entendre par santé et par maladie chez l'enfant et l'adolescent. Un médecin ne peut l'accepter.

Par maladie, la plupart des administrateurs d'établissements scolaires n'entendent guère que les maladies aiguës, ou les accidents, qui imposent l'éloignement de l'école jusqu'à guérison, pendant un temps déterminé. Un écolier atteint d'une de ces maladies se trouve arrêté momentanément, pendant quelques semaines ou quelques mois ; qu'on le soigne, qu'on le guérisse et, une fois guéri, il reprendra ses études. Il aura perdu un certain temps. Tant pis ! c'est un malheur, on n'y peut rien. On ne peut guère dire autre chose à ce sujet.

Pourtant, parmi ces enfants, un médecin doit déjà établir deux catégories : la première comprend ceux qui, après une maladie aiguë et une convalescence plus ou moins rapide, sont complètement rétablis ; la seconde, ceux qui, moins heureux, d'une moins bonne souche, ou plus gravement atteints, sont obligés de subir une longue, très longue convalescence, sans cependant être incapables pendant cette lente restauration des forces, de reprendre certaines études ; il est même désirable, pour le rétablissement de leur activité intellectuelle, qu'ils ne restent pas trop de mois dans une inertie cérébrale absolue, après laquelle la remise en train de leurs opérations intellectuelles serait d'autant plus difficile qu'on l'aurait trop retardée. Il y a une époque à déterminer, dans bon nombre de convalescences, où le travail cérébral doit être repris *à petite marche* et à douce allure.

Quand les parents ont le temps, les capacités personnelles ou l'argent, ils entreprennent eux-mêmes cette remise en marche.

Certaines mères peuvent le faire pour des enfants encore jeunes, si elles ne sont ni trop pauvres, ni trop riches. Cela leur devient difficile, dès que les enfants sont avancés dans leurs études ; les parents riches ont alors recours à des maîtres qui viennent à domicile, mais cela n'est pas pratique pour beaucoup. Combien de fois, nous, médecins, n'avons-nous pas été confidents de pères et mères inquiets, parce que nous les avertissions que leur enfant, guéri en apparence de sa maladie, courrait un danger s'ils le remettaient aussitôt dans un établissement scolaire ou si on exigeait de lui, du jour au lendemain, une somme d'efforts dont il était encore incapable !

Voilà une première catégorie de retardés ou d'attardés par accident. Il y faut joindre ceux qui ont été victimes d'un traumatisme (fracture compliquée, lésion osseuse consécutive à une infection aiguë). Ceux-ci, bien qu'empêchés

de suivre régulièrement tous les travaux d'une classe normale, sont cérébralement en état de travailler et il est même à craindre que leur cerveau, inoccupé au point de vue des études pendant des mois, ne perde l'habitude du travail.

Mais ces deux catégories, déjà respectables, ne sont pas encore les plus nombreuses.

Il y a les enfants atteints de maladies chroniques n'affectant pas le système nerveux et permettant certains travaux intellectuels ; telles sont les tuberculoses osseuses ou articulaires dans la période de convalescence confirmée.

Il y a ceux qui, éprouvés par certaines névroses (chorée, neurasthénie, hystérie), doivent être soumis à un régime qui, après avoir été le repos cérébral absolu pendant un temps plus ou moins long, doit comporter ensuite une période de *rééducation* et *d'entraînement progressif*.

Je citerai encore ceux qui, subissant une croissance très rapide, avec troubles fonctionnels de certains appareils (dyspepsie, entérocolite, albuminurie intermittente), doivent être mis à un repos relatif ou plutôt soumis à une *discipline de travail moins intensif pendant quelques mois*.

Enfin, il y a ceux qu'une débilité constitutionnelle congénitale voue à un minimum de travail pendant toute la durée de leur scolarité, *qui jamais ne pourront donner la même somme de travail que des enfants bien constitués, mais qui pourtant ont droit à faire des études* ; d'autant plus que certains de ces enfants ainsi tarés congénitalement peuvent, au bout de quelques années, si on les a placés dans des conditions favorables d'hygiène physique, obtenir une santé plus forte et regagner le temps perdu. Ce ne sont pas des arriérés définitifs.

Le nombre des sujets de ces diverses catégories est beaucoup plus considérable que ne le croient la plupart des professeurs et des directeurs d'établissements scolaires.

Il est actuellement impossible d'en établir le pourcentage, parce que les éléments d'une telle statistique font défaut ; celle-ci serait possible si le système de la fiche médicale individuelle des écoliers était mis sincèrement et uniformément en vigueur dans tous les établissements scolaires. C'est en dépouillant ces fiches qu'on connaîtrait le tant pour cent des écoliers qui sont arriérés ou retardés au cours de leurs études par une quelconque des infirmités, ou maladies, ou par un des épisodes même physiologiques de

croissance que j'ai énumérés ; écoliers qui, faute d'une organisation adaptée à leur cas spécial, sont voués à être trop souvent des arriérés définitifs et des découragés à perpétuité. La présence de ceux-ci dans la même classe que les enfants tout à fait sains en alourdit la marche : il n'y a bénéfice pour personne, il y a danger pour tous.

Or, que faudrait-il pour améliorer une telle situation ?

Il faudrait deux sortes d'organismes scolaires.

Pour les enfants débiles, destinés à rester plusieurs années ou toujours hors des cadres normaux, il faudrait des établissements spéciaux, installés hors des villes, dans certains climats. Il en faudrait à la mer, à la montagne, dans le Nord et dans le Midi : lycées-sanatoriums, lycées de convalescence, collèges reconstituants, etc. On adopterait l'étiquette la moins désobligeante pour les familles.

Il resterait à solutionner le problème des arriérés ou retardés temporaires. Pour ces écoliers et collégiens fatigués passagèrement, convalescents ou temporairement débiles, qui ne devront pas rester éloignés pendant plus de quelques mois des classes normales, je souhaiterais certaines classes constamment et régulièrement organisées, fonctionnant parallèlement aux autres dans certains lycées ou collèges, avec des programmes allégés, un horaire différent et des professeurs spéciaux, classes dans lesquelles les retardés temporaires passeraient les périodes difficiles de leur scolarité.

Je ne me dissimule pas le nombre et l'importance des objections qui peuvent être faites à ma proposition :

Difficulté pratique d'avoir des classes dont le personnel écolier se renouvellera irrégulièrement et sera plus ou moins nombreux suivant les hasards de la maladie, mais dont le personnel enseignant sera cependant fixe ; — tâche malaisée et rebutante pour les maîtres d'adapter l'enseignement à ces enfants temporairement anormaux et avec des anomalies disparates ; — charges budgétaires nouvelles ; — opposition de certains parents à mettre leurs enfants dans des classes qui auront l'étiquette de classes d'arriérés, etc...

Je manque à coup sûr de compétence pour répondre aux objections d'ordre administratif et pédagogique. Mais il y a deux faits dont mon expérience de médecin d'enfants me permet de souligner la réalité et l'importance : c'est, d'une part, le nombre des enfants qui constitueraient la clientèle de ces classes de retardés temporaires : *ces enfants forment une catégorie nombreuse* ; elle comprend à la fois ceux qui, dans l'état actuel des choses, suivent infruc-

tueusement les classes normales par suite de leur médiocre état de santé et ceux que les parents conservent actuellement chez eux, découragés de les voir incapables de suivre utilement la classe.

D'autre part, je crois pouvoir affirmer que *la plupart des parents seraient fort heureux de voir créer ces classes de convalescents et de débiles temporaires* ; car je suis si souvent consulté par des parents embarrassés pour résoudre le problème de l'éducation et de la rééducation de ceux de leurs enfants qui se trouvent dans ce cas, que je ne puis douter du succès de l'organisation dont je parle.

J'ajoute, et non sans tristesse, mais avec une conviction qui croît avec les années, que *la clientèle des collèges climatiques et des classes de débiles paraît destinée à devenir de plus en plus nombreuse,* pour des raisons d'hérédité pathologique et d'évolution sociale, à moins qu'on ne puisse espérer la rénovation de notre race par une meilleure pédagogie, espoir cher aux fondateurs de la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire.

IV

PATHOLOGIE ET CLINIQUE

I

MALADIES DES ENFANTS

Les traitements antiseptiques de la diphtérie.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1887.

Pendant mon clinicat à l'hôpital des Enfants malades, à une époque où nous n'avions encore à notre disposition que des agents antiseptiques au moyen desquels nous nous efforcions de détruire in situ les microbes pathogènes, chargé à plusieurs reprises du pavillon des diphtériques, j'avais, sous le contrôle de M. Hutinel, suppléant alors le Pr Grancher, fait le plus consciencieusement possible des essais comparatifs avec les multiples substances microbicides qui avaient été antérieurement vantées : sublimé, calomel, cyanure de Hg, iodoforme, brome et bromures, soufre et sulfures, acide salicylique et salicylate de soude, benzoate de soude, acide borique et borax, chloral, acide lactique, résorcine, quinoline, essence de térébenthine, acide phénique et camphre, et associations d'antiseptiques dans des formules complexes. Ma conclusion était que la nature de l'antiseptique avait relativement moins d'influence sur la marche de la maladie que la précocité du nettoyage antiseptique local et le soin avec lequel il était fait. Je signalais les inconvénients des antiseptiques toxiques ou trop irritants, des caustiques qui avaient ce double résultat néfaste de favoriser l'extension des fausses membranes, en dénudant de leur épithélium les parties voisines de la muqueuse encore saines et d'accroître la dysphagie par la turgescence réactionnelle des tissus cautérisés.

Les travaux de ce genre ont perdu à peu près tout intérêt pratique aussitôt après la découverte de la sérumthérapie.

Diphtérie et sérumthérapie.

(*Société médicale des hôpitaux*, 14 décembre 1894.)

Chargé comme médecin des hôpitaux du pavillon des diphtériques à l'hôpital Trousseau en 1894, le lendemain du jour où fut connue la mémorable communication de M. Roux au Congrès de Buda-Pesth, je commençais les injections de sérum et je constatais avec admiration la révolution apportée par cette découverte dans le traitement de cette maladie qui nous désespérait. Ce sont les premiers résultats obtenus par les injections de sérum que je soumettais à mes collègues dans cette note.

Cas remarquable de persistance du bacille diphtérique dans le mucus nasal avec variations de sa virulence.

Avec G. Pochon (*Société médicale des hôpitaux*, 1895.)

Un enfant de 5 ans avait eu une angine pseudo-membraneuse de nature indéterminée en 1894 qui avait guéri, avant l'apparition de la sérothérapie, par les traitements antiseptiques ; en 1895, je ne trouvais qu'un coryza fébrile : la culture décelait Lœffler et staphylocoques.

Injection de sérum, mais trop faible sans doute, 10cc. La fièvre disparut ainsi qu'une petite fausse membrane qui était apparue sur une amygdale. L'enfant redevint bien portant, mais des ensemencements périodiquement faits pendant neuf mois firent constater pendant un certain temps des colonies de bacilles courts et virulents, puis seulement des bacilles dont l'inoculation était inoffensive pour le cobaye. On s'était contenté de lavages fréquents des cavités nasales et pharyngienne. Il eût fallu faire une nouvelle injection de sérum.

Septicémie d'origine buccale chez un nourrisson au cours d'un eczéma généralisé avec troubles digestifs rebelles.

(*Société médicale des hôpitaux*, 21 juin 1895.)

Nourrice alcoolisée. Eczéma séborrhéique généralisé avec diarrhée rebelle chez le nourrisson. Persistance des accidents cutanés et digestifs malgré le changement de nourrice et les traitements les plus variés. Stomatite infectieuse. Abcès du sein ou lymphangite mammaire de deux nourrices succes-

sives. Mort de l'enfant par septicémie aiguë sans localisations viscérales. — Ce mode de terminaison d'un eczéma et de troubles digestifs provoqués par une intoxication alcoolique indirecte montre que la suppression de la cause ne suffit pas toujours pour amener la guérison, si la cause a duré assez pour altérer profondément l'appareil glandulaire de la peau et de l'intestin et si le terrain héréditaire (arthritisme familial intense, père eczémateux) est défectueux ; le caractère particulier des troubles intestinaux (diarrhée sans fermentations intestinales) semble autoriser ici le parallèle entre les troubles de la peau et ceux de l'intestin ; c'est pour ces cas qu'on a pu parler d'eczéma intestinal. Ce fait met aussi en lumière le rôle des infections secondaires dans l'évolution et la terminaison des eczémas.

Infection aiguë d'origine ombilicale chez un nouveau-né. Guérison par les bains chauds.

Avec H. Varnier (*Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, 7 juillet 1899.)

Chez un enfant de 13 jours, un érythème généralisé avec hyperthermie ayant apparu après une traction exercée un peu intempestivement sur un cordon ombilical qui ne tombait pas spontanément, des bains à 37° de cinq minutes toutes les trois heures enrayèrent l'infection et amenèrent la guérison en cinq jours.

Note sur un cas de récidive de coqueluche.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*).

Les cas authentiques de récidive de coqueluche sont exceptionnels : je n'en avais relevé que 8 à cette époque dans la littérature ; dans celui-là la première infection avait eu lieu quinze ans auparavant.

Coqueluche.

Monographie dans le *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard.

Les albuminuries et les néphrites chez les enfants.

(*Semaine médicale*, 1894.)

J'insistais sur la nécessité de distinguer les albuminuries de causes diverses

qui sont plus fréquentes qu'on ne l'a cru longtemps faute d'examens assez fréquents des urines dans le jeune âge et celles qui sont liées à des infections ayant lésé les reins ; je soulignais la supériorité des régimes appropriés et des agents physiques dans le traitement des albuminuries et des néphrites.

Pronostic et traitement des bronchopneumonies chez les enfants.

(*Semaine médicale*, 1896.)

Par l'analyse des processus pathogéniques qui compromettent la vie dans les inflammations broncho-pulmonaires et par la comparaison des résultats obtenus dans la pratique actuelle avec ceux de nos devanciers je mettais en lumière la supériorité des méthodes hydrothérapiques (enveloppements froids, bains frais ou froids, tièdes ou chauds à température constante ou décroissante suivant les indications individuelles) sur les anciennes méthodes de traitement.

Épilepsie bravais-jacksonienne et convulsions généralisées avec hémiplégie droite chez une hérédo-syphilitique de 15 mois. Guérison par les frictions mercurielles.

(*Journal des praticiens*, 1901.)

Rougeole papuleuse à début pseudo-variolique.

(*Société de pédiatrie de Paris*, 1902.)

Réversion de la rougeole au bout d'un mois.

(*Société de pédiatrie*, 1902.)

Les enfants nés à terme qui ne savent prendre ni le sein ni le biberon.

(*Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 8 juin 1903.)

Deux cas d'enfants qui, l'un pendant plusieurs semaines, l'autre plusieurs mois, n'ont pu ni teter, ni sucer, ni boire, bien qu'il n'existât aucun vice de conformation de la bouche, de la langue, du voile du palais, ni du pharynx. On ne pouvait invoquer qu'une agénésie du centre nerveux encéphalique de la succion et de la déglutition volontaire. Ces enfants ne vivaient qu'à la condition d'être gavés avec une très grande précaution.

Néphrite aiguë, hématurie et oligurie au cours d'une broncho-pneumonie. Guérison par les enveloppements froids réitérés du thorax et les lavements froids.

(*Association française pour l'avancement des Sciences*, Caen, 1894).

Articles publiés dans la ***Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance***, que j'ai fondée en 1888 avec Henri Varnier :

Alimentation des enfants nés avant terme. — Gavage. — L'hypothermie des prématurés ; moyen de la combattre. — Bains chauds prolongés. — Couveuse. — Traitement des nouveau-nés en état de mort apparente. — Ligature et pansement du cordon ombilical. — Les coryzas chez les petits enfants. — Diagnostic et traitement des convulsions chez les enfants. — Emploi du vésicatoire chez les enfants. — Influence des émanations gazeuses et des odeurs sur les enfants. — Éclampsie infantile et poêle mobile. — Impaludisme chez les jeunes enfants. — Diagnostic et traitement des convulsions chez les enfants. — De l'asthme chez les enfants. — Traitement antiseptique des stomatites. — Des troubles digestifs chez les petits enfants (thérapeutique pathogénique et diététique rationnelle). — Simulation des maladies par les enfants. — Hydrargyrie locale et exanthème scarlatiniforme par application d'onguent napolitain sur les seins d'une nourrice. — La grippe chez les enfants. — Le phimosis congénital et ses conséquences. — La nature et les traitements de la chorée. — L'hygiène et les exercices physiques. — La bronchite aiguë chez les enfants. — La fièvre typhoïde. — Les palpitations. — Les sanatoria maritimes sont-ils utiles aux enfants atteints de maladies chroniques ? — Diagnostic et traitement des paralysies chez les enfants.

L'HÉRÉDITÉ ET LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

120 pages, grand in-8, in *Traité de pathologie générale*,
dirigé par le Pr Bouchard, 1re édition, 1895 ; 2e édition, 1911.

En voici les principaux chapitres : Fécondation et hérédité. — Théories de l'hérédité. — Des divers modes de l'hérédité. — L'hérédité en pathogénie. — L'hérédité tératologique. — Hérédité des dystrophies et prédispositions morbides. — Hérédité des néoplasmes. — Hérédité nerveuse. — Hérédité des troubles de la nutrition. — Hérédité et intoxication. — Hérédité et infection.

J'ai terminé par ces conclusions où dominent les préoccupations thérapeutiques.

Pendant longtemps les auteurs qui ont écrit sur l'hérédité ont pris parti pour ou contre son influence, en obéissant à deux tendances radicalement opposées : pour les uns, l'héré-

dité primait tous les autres facteurs étiologiques; pour les autres, son influence étai nulle. Une plus juste et moins radicale appréciation des faits paraît s'être répandue actuellement.

L'hérédité normale détermine non seulement la conformation et les aptitudes du produit, mais elle influe sur les multiples circonstances de sa vie physiologique (croissance, menstruation, grossesse, lactation, ménopause); sur l'accomplissement de ses fonctions (digestion, etc.), sur sa sensibilité aux poisons, y compris ceux que fabriquent les agents infectieux et les médicaments. L'hérédité physiologique, c'est le triomphe de l'hérédité similaire. Encore n'est-elle, bien entendu, que contingente et non nécessaire ; ou du moins ses effets sont-ils variables, suivant que prédomine au moment de la fécondation l'influence de l'un ou de l'autre des générateurs, suivant que les échanges transplacentaires entre la mère et le fœtus accentuent ou dévient la direction initiale imprimée au développement de l'être, suivant enfin que l'action ultérieure des milieux (alimentation, éducation) contrecarre ou favorise les aptitudes originelles.

L'hérédité morbide diffère principalement de l'hérédité normale en ce qu'elle est rarement directe et similaire ou homœomorphe. Elle se manifeste le plus souvent par l'apparition périodique de certaines maladies dans certaines familles et leur coexistence chez des collatéraux. Tandis que la ressemblance entre les parents et les enfants est le caractère fondamental de l'hérédité normale, c'est la dissemblance qui est le trait le plus ordinaire de l'hérédité morbide; c'est l'hérédité par transformation, ou hétéromorphe. C'est surtout la prédisposition morbide découlant d'une similitude dans la structure anatomique des organes et dans leur activité fonctionnelle, d'une conformité dans les modalités de la nutrition. On n'hérite le plus souvent que d'une anomalie de la nutrition ; mais la déviation de la vie normale chez les ascendants peut, à un moment donné, avoir pour conséquence la création d'une véritable maladie familiale transmissible en nature par hérédité. Une maladie de famille pourrait-elle devenir une maladie de race, puis une maladie d'espèce ? Sans doute, si la reproduction était indéfiniment possible; mais les maladies organiques éteignent la reproduction et la maladie reste une maladie de famille. Le type dégénéré s'éteint en vertu de la sélection naturelle. En outre, les maladies infectieuses qui frappent avec prédilection les dégénérés, mettent bon ordre à l'extension indéfinie des nouveaux types pathologiques. La tuberculose, par exemple, est considérée par Bennett comme une sorte de nécessité destinée à faire disparaître les familles impropres à la reproduction, et M. Bouchard a dit dans le même sens que la phtisie était une manière de mourir.

Ainsi, *en définitive, la loi d'hérédité morbide est défensive de l'espèce* ; car d'un côté elle assure dans certains cas l'immunité contre certaines infections aux descendants dont les procréateurs ont su résister aux assauts de ces mêmes infections ; de l'autre, en rendant plus vulnérables aux agressions banales, ou inféconds, les descendants des individus trop tarés, elle empêche la dégénérescence indéfinie.

Comme l'a dit Woods Hutchinson, les maladies qui tueraient l'espèce sont corrigées par elles-mêmes, puisqu'elles empêchent la reproduction ou tuent les enfants en bas âge. Il refuse donc de considérer les lois de l'hérédité comme le facteur prédominant dans la production des maladies et, comparant aux faibles et incertains dommages qu'elle cause, les avantages sans prix qu'elle assure à l'homme par l'accumulation sur chaque individu des forces de résistance aux maladies acquises par la race, il conclut : « Ses effets bienfaisants sont innombrables et indiscutables; ses effets nuisibles, peu nombreux et douteux ». Le sociologiste peut s'associer à cet optimisme au point de vue philosophique des intérêts

généraux de l'espèce ; mais le médecin, qui a surtout à s'inquiéter des intérêts particuliers de chaque famille et de chaque individu, redoute nécessairement l'hérédité pathologique pour ses clients. C'est une raison d'ailleurs pour lui de ne s'en point désintéresser.

En effet la connaissance des lois de l'hérédité n'est pas seulement une curiosité scientifique, mais elle présente une importance pratique considérable pour le médecin.

Au point de vue du *diagnostic*, du *pronostic*, du *traitement* et de la *prophylaxie*, nous pouvons tirer un parti considérable des notions d'hérédité.

Quelques exemples le prouveront. Au cours de maladies aiguës, comme la fièvre typhoïde ou toute autre infection fébrile, la notion d'hérédité névropathique nous guidera dans la saine appréciation de l'intensité des réactions nerveuses et de la vraie thérapeutique à y opposer ; c'est à elle que nous devons souvent de pouvoir diagnostiquer les pseudo-méningites et les pseudo-péritonites, différencier les hyperthermies qui dépendent d'une réaction nerveuse excessive, de celles qui sont liées à la gravité même de l'infection ; c'est elle qui nous indiquera l'utilité des moyens les plus convenables à opposer à ces affolements imprévus de systèmes nerveux déréglés par l'hérédité névropathique.

La même chose peut être dite au sujet de l'hérédité alcoolique. Les enfants des intoxiqués ne réagissent pas comme d'autres à la pierre de touche des infections.

Au cours de bon nombre de maladies chroniques, la notion d'hérédité n'est pas moins importante ; sans parler de la syphilis, à propos de laquelle le fait est de toute évidence, c'est elle qui permet de soupçonner la goutte larvée derrière certains accidents obscurs et formidables en apparence et de leur opposer, quand on aura démasqué l'étiologie héréditaire, la seule thérapeutique logique.

La notion d'hérédité n'est pas moins importante au point de vue du pronostic. Est-il indifférent de savoir que la tuberculose évolue autrement chez les fils d'arthritiques et chez les descendants de scrofuleux ? La prédisposition héréditaire peut devenir une cause d'atténuation de la gravité de l'infection tuberculeuse, puisque les individus vierges de tare tuberculeuse héréditaire paraissent réaliser l'infection sous la forme la plus virulente, celle de la tuberculose aiguë généralisée. C'est du moins ce qu'a pensé Léon Collin à propos de la fréquence de la tuberculose aiguë chez des soldats d'élite, les gardes de Paris. N'est-il pas précieux pour l'accoucheur de savoir que, dans certaines familles de névropathes, il existe une prédisposition héréditaire à l'éclampsie ? Quel parti ne tire pas l'aliéniste au point de vue du pronostic, de la notion d'hérédité ? N'est-ce pas elle qui lui permet de prévoir la rapidité de l'évolution ou l'éventualité probable des rémissions ?

Et maintenant, que pouvons-nous faire au point de vue prophylactique ? A envisager les choses au point de vue le plus général, le médecin doit faire tous ses efforts pour vulgariser autour de lui les notions relatives à l'hérédité pathologique et en faire saisir l'importance aux familles dont il a la confiance. « Un bon choix dans les mariages ne concourt pas peu, a dit Portal, à diminuer et à atténuer les vices de familles, et sans doute que naturellement ces heureux effets s'opèrent très souvent dans les grandes villes, surtout par des hommes et des femmes de campagne qui, en quelque manière, renouvellent la race. Il est certain qu'on voit ainsi disparaître de vrais maux d'origine. »

Si le médecin, imbu de cette idée, réussit par une prédication incessante à convaincre ses clients de la gravité des unions conclues à la légère sur les seules considérations d'intérêt, il sera sans nul doute souvent consulté sur l'opportunité de tel ou tel choix. Il s'inspirera alors des circonstances et des renseignements réunis dans les pages précédentes pour donner le conseil qu'il jugera le meilleur, et il aura quelquefois la satisfaction de constater

qu'on en aura tenu compte. Plus souvent sans doute il apprendra qu'on a passé outre à ses avis, et plus tard, quand un mariage conclu malgré lui aura mal tourné, on viendra lui en faire la triste confidence et lui demander de réparer le mal dans la mesure possible. Il le pourra souvent encore soit par la thérapeutique, soit en conseillant une hygiène appropriée à l'éducation des enfants malades.

Mais, avant même que des naissances d'enfants malformés ou débiles soient survenues, ou que des maladies héréditaires se soient déclarées chez les enfants issus des unions mauvaises contractées malgré ses conseils, le médecin aura pu quelquefois intervenir utilement en donnant certains conseils aux parents récemment mariés, pour qu'ils se mettent dans les conditions physiologiques les plus favorables à la procréation d'enfants sains. Et cette vue n'est pas purement spéculative. Nous savons par les éleveurs qu'un même reproducteur donne des produits de valeur inégale suivant son état de santé au moment précis de la saillie fécondante. Il n'est pas douteux qu'il en soit ainsi dans l'espèce humaine. Il est certain que le taux de la nutrition est variable, que c'est une fonction élastique, que l'activité des échanges est plus ou moins ralentie, et que l'être engendré doit être conforme à son générateur dans les modalités de la nutrition. Un individu qui est soumis à une intoxication habituelle, soit par auto-intoxication d'origine digestive, s'il est dyspeptique, ou d'origine interstitielle, s'il est soumis au surmenage, n'est pas toujours intoxiqué au même degré à tous les moments de sa vie. Une hygiène bien comprise peut modifier avec avantage des états semblables, ne fût-ce que temporairement. Un père momentanément alcoolisé, ou morphinisé, ou surmené, peut, après quelques mois de repos ou d'abstention des poisons, devenir un reproducteur meilleur, comme un syphilitique ancien et traité est meilleur générateur qu'un homme encore sous le coup d'accidents secondaires. Un tuberculeux, dans une période d'enkystement de sa lésion, ayant engraissé, vivant à la campagne, sera moins dangereux pour sa progéniture. Ces exemples pourraient être multipliés à volonté et prouvent qu'une prophylaxie bien comprise peut écarter quelques-uns des dangers de l'hérédité pathologique pour les enfants à naître.

Et, quand les influences héréditaires sont défavorables du côté des deux générateurs, il ne faut pas encore désespérer absolument de l'avenir du produit ; car l'influence des milieux, de l'éducation et des soins préventifs peut modifier beaucoup les qualités héréditaires. Dejerine dit qu' « au moment de la naissance l'hérédité psychologique n'est qu'une probabilité, jamais une certitude » ; la même réflexion s'applique à toutes les formes de l'hérédité pathologique. Le médecin, mis en défiance contre les maladies auxquelles est plus spécialement exposé l'enfant par les tares de ses parents, conseillera les mesures préservatrices les plus convenables.

Certaines périodes de la vie seront l'objet d'une sollicitude plus vive.

Si les tares sont d'origine maternelle, l'allaitement sera confié à une nourrice mercenaire bien choisie. Si c'est la souche paternelle qui est défectueuse et si la mère, au contraire, est exempte de tares héréditaires, on insistera pour que ce soit elle qui nourrisse son enfant ; en tout cas l'enfant sera élevé de préférence à la campagne et ne sera jamais confiné dans un établissement scolaire de grande ville.

Aux étapes principales de la croissance on redoublera de surveillance ; car elle est souvent l'occasion de l'apparition des tares héréditaires et on mettra en œuvre toutes les ressources de l'hygiène, de la diététique et de la thérapeutique, d'autant plus efficaces que le renouvellement des tissus est plus rapide et l'activité des échanges accrue pendant cette période.

La puberté dans les deux sexes, le mariage, les grossesses, la ménopause chez la femme, sont encore des circonstances physiologiques qui favorisent chez les prédisposés l'apparition de tels ou tels accidents morbides suivant la tare pathologique héréditaire, névropathique, infectieuse ou néoplasique. Le médecin, instruit des éventualités fâcheuses que peuvent amener ces circonstances, pourra souvent les prévenir en conseillant à ces prédisposés telles ou telles réformes dans leur hygiène.

En terminant, nous émettons encore le vœu que les médecins, bien convaincus de la réalité des influences héréditaires, s'appliquent à vulgariser autour d'eux cette notion, car elle est de la plus haute conséquence morale. L'hérédité, c'est la solidarité entre les générations successives; elle pourrait devenir le plus puissant facteur du progrès humain, si chaque homme était convaincu que chacun des actes de sa vie doit retentir sur sa descendance.

Pour que vos actions ne soient vaines ni folles,
Craignez déjà les yeux futurs de vos enfants.

JEAN LAHOR,
Bénédiction du mariage persan.

II

MALADIES DE LA NUTRITION

Pathogénie de l'obésité.

(*Rapport au XIIe congrès international de médecine*. Moscou, 1897.)

Après avoir étudié le métabolisme des graisses et montré que l'organisme peut en faire avec l'albumine comme avec les hydrates de carbone, je passais en revue les causes qui s'opposent à la destruction de la graisse dans l'économie et celles qui en favorisent la production et l'accumulation. J'insistais sur l'influence du système nerveux qui peut inhiber les échanges interstitiels, favoriser ou interrompre l'action des ferments lipolysants. Je concluais que d'ailleurs la plus grande part dans la pathogénie appartient à une influence constitutionnelle, héréditaire et diathésique, qui fait de l'obésité une modalité de l'arthritisme.

Pathogénie de la goutte.

(*Rapport au XIIIe congrès international de médecine*. Section de pathologie interne, Paris, 1900.)

Je passais en revue les points suivants. Origines de l'acide urique dans l'organisme. Quel rôle revient à l'alimentation, aux oxydations incomplè-

tes? Provient-il des nucléines, des bases alloxuriques? Quel est le rôle du foie, du rein, du système nerveux dans l'uricémie? J'étudiais les variations dans l'excrétion de l'acide urique, les variations de son état moléculaire ou physique et de sa solubilité chez le goutteux ; sous quel état il existe dans la circulation, comment se font les localisations des précipités uratiques : quelles sont les circonstances qui favorisent la précipitation du biurate de soude : théorie de la nécrose préalable, rôle de la richesse du milieu en sels de sodium, du ralentissement circulatoire, de l'intoxication saturnine, l'influence des acides, des alcalins et du système nerveux. Je concluais que la goutte est une maladie primitive de la nutrition qui peut s'acquérir, mais est souvent héréditaire et, comme le diabète et l'obésité, doit être rangée dans les maladies par ralentissement de la nutrition : l'obésité résulte d'une impuissance relative de l'organisme à détruire la graisse, le diabète d'une diminution de l'aptitude à brûler le sucre, et la goutte d'une moindre aptitude à transformer correctement la matière azotée, à élaborer d'une façon parfaite l'albumine. L'altération humorale chez le goutteux dépend de l'activité défectueuse de chaque cellule. Mais les échanges moléculaires entre les cellules et les plasmas se font par l'intermédiaire de ferments ; le système nerveux peut favoriser ou inhiber le conflit entre les ferments et la matière à transformer. L'insuffisance des ferments médiateurs entre la cellule et l'albumine peut dépendre des troubles fonctionnels du foie, du rein, des organes leucocyto-poïétiques. Une part est à faire dans la symptomatologie de la goutte à l'artério-sclérose, aux névroses, à la dyscrasie acide, à certains poisons comme l'alcool et le plomb.

Histoire d'un cas de phlébite goutteuse de la région scrotale.

(*Société des Hôpitaux*, 1898.)

Il s'agit d'une phlébite, limitée à une courte portion d'une veine du scrotum se dirigeant vers le trou obturateur, qui par son siège insolite, sa forme et sa consistance après peu de jours d'évolution prit les apparences d'une véritable tumeur de nature à faire porter des diagnostics erronés par des chirurgiens éminents, et dont je n'avais moi-même déterminé la nature que parce que j'avais assisté tout à fait au début et que je connaissais le passé du malade. En effet le premier jour, appelé à l'occasion d'une violente douleur de la racine des bourses, j'avais senti fuir une sorte de petit

cordon fusiforme, en même temps que le patient accusait une recrudescence de douleur. Je savais que depuis plusieurs années le malade, goutteux héréditaire, était fréquemment atteint des manifestations fluxionnaires ou douloureuses les plus variées alternant avec de rares, mais typiques fluxions articulaires. Il y eut un peu de fièvre pendant deux jours. Au bout de douze jours la tuméfaction scrotale n'offrait plus la forme d'un fuseau allongé, mais une masse composée d'une partie dure, ovoïde, indolente, du volume d'une amande, assez voisine du pubis, à laquelle faisait suite une sorte de pédicule allongé, se rétrécissant et se perdant dans la direction du périnée, le tout assez mobile. Un chirurgien, qui vit le malade sans moi, diagnostiqua un fibrome implanté sur le corps caverneux et en proposa l'ablation. Je pus obtenir qu'on différât cette intervention. Au bout d'une vingtaine de jours la tumeur commençait à se rétracter et à se rapprocher de l'apparence moniliforme, quand éclata un accès de goutte qui dura trois jours ; aussitôt la tumeur phlébitique se mit à décroître avec une telle rapidité qu'elle semblait fondre ; bientôt la résolution était complète.

La phlébite goutteuse est connue depuis le mémoire classique du chirurgien Paget, en 1866. Prescott Hewett (1873), Tuckwell (1874), Lecorché, dans ses *Études médicales* et son *Traité de la goutte* (1884), en ont cité des observations ; cependant elles ne sont pas tellement nombreuses, puisque Lecorché n'en relevait que quatre cas sur cent cinquante observations de goutteux.

Cette observation est intéressante d'abord par son siège insolite.

Comme marche, au lieu d'être d'une assez longue durée, de s'être produite par poussées successives et de récidiver facilement, celle-ci a été assez courte en somme, quatre semaines environ, et surtout sa résolution, d'abord lente, s'est précipitée d'une façon extraordinairement rapide aussitôt qu'est apparu l'accès articulaire libérateur. Telle n'est pas la marche habituelle de la résolution des phlébites avec un caillot bien constitué ; on n'en observe pas la résorption si rapide. Le fait s'explique si l'on admet qu'il s'agit surtout d'une inflammation partielle de la paroi veineuse avec exsudation et surtout congestion dans le tissu ambiant. On comprend alors qu'une métastase goutteuse puisse hâter singulièrement la résorption de ces exsudats, et c'est sans doute ce que Paget avait en vue quand il disait, parlant de la mobilité des poussées successives et limitées de phlébite goutteuse, qu'en pareil cas « le fait essentiel et primitif n'est pas une coagulation du sang, mais une inflammation partielle des parois veineuses ».

Lecorché dit que les embolies pulmonaires sont particulièrement à redouter dans la phlébite goutteuse ; fort heureusement rien de semblable n'est arrivé à mon malade, malgré les manipulations multipliées dans toutes les attitudes que le malade sollicitait. Je pense qu'en effet les goutteux ont surtout des périphlébites et j'en ai connu qui en ont eu de très fréquentes sans avoir jamais eu d'embolie.

Enfin j'insisterai sur les difficultés inhérentes à un diagnostic de ce genre pour le médecin qui n'a pas suivi les accidents dès le début et qui ne tiendrait pas compte, en première ligne, des antécédents goutteux du malade.

TROUBLES ET MALADIES DE LA NUTRITION

(356 pages in-8, in *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, Masson et C[ie], éditeurs.)

Dans une première partie j'ai étudié les troubles de la nutrition dans tous les états morbides. J'expose d'abord ce qu'il faut entendre par les actes de la nutrition : mouvement moléculaire, mutations nutritives et fonctionnelles, forces de tension, comment on peut évaluer l'intensité de la nutrition et déterminer le taux nutritif individuel. J'étudie la constitution, le tempérament, les diathèses ou prédispositions morbides. J'examine comment la nutrition est modifiée par les maladies. Analyse des quatre actes de la nutrition au point de vue des influences qu'ils peuvent subir : la translation de pénétration est modifiée par l'inanition, l'insuffisance alimentaire absolue et relative, la privation d'aliments azotés, d'hydrates de carbones, la déminéralisation, l'arrêt de la circulation, les modifications chimiques du sang et des plasmas, — l'assimilation est influencée par la composition des aliments, par le système nerveux, les agents chimiques, la chaleur, la lumière, — il en est ainsi pour la transmutation désassimilatrice et la translation d'expulsion.

Étude des circonstances qui créent l'opportunité morbide dans les états physiologiques de croissance, menstruation, grossesse et lactation, vieillesse. Exemples des troubles de la nutrition dans les quatre processus pathogéniques : les dystrophies élémentaires primitives, les réactions nerveuses, les troubles primitifs de la nutrition, les infections et les intoxications.

Exemples des troubles de la nutrition dans les maladies des principaux organes et appareils : dans la fièvre, les maladies chroniques du poumon, le

cancer, les maladies de l'hématopoïèse, du cœur et des vaisseaux, du tube digestif, du foie, du rein, de la peau, et par suppression d'organes comme le thyroïde, le pancréas, le testicule et les ovaires, les capsules surrénales.

Les lésions de la nutrition des cellules : hyperplasies, atrophie, dégénérescences, surcharges ou infiltrations.

Dans la seconde partie j'ai étudié spécialement les maladies dites primitives de la nutrition, où domine la notion du ralentissement des échanges : dyscrasies acides, dyscrasies lipogènes (séborrhées, obésité), lithiases, diabètes, goutte, rhumatisme noueux.

Toutes ces études de pathologie reflètent fidèlement l'enseignement du Pr Bouchard dont je m'honore d'être l'élève.

III

MALADIES DU TUBE DIGESTIF

DILATATION DE L'ESTOMAC ET FIÈVRE TYPHOIDE. VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES NODOSITÉS DE BOUCHARD.

(*Dissertation inaugurale.* Paris, 1886, G. Steinheil.)
(Mention honorable à la Faculté.)

Voici le sommaire de cette étude et l'analyse des principaux chapitres.

Une page d'histoire médicale. — De la toxicité du contenu du tube digestif à l'état normal et à l'état pathologique, notamment dans la dilatation de l'estomac.

De la dilatation de l'estomac. — Le mot et la chose. — Des procédés qui permettent de diagnostiquer et de mesurer la dilatation de l'estomac. — Examen critique de tous les procédés employés pour diagnostiquer la dilatation. — Diagnostic de la dilatation par le bruit de clapotage. — De la vérification cadavérique des dilatations de l'estomac. Recherches sur la capacité moyenne de l'estomac.

Étiologie et pathogénie.

Conséquences locales et générales, directes et indirectes, de la dilatation. — Conséquences locales : gastrites, entérites, typhlite. — Conséquences lointaines. Formes cliniques de la dilatation.

Valeur séméiologique des nodosités de Bouchard.

Traitement de la dilatation de l'estomac.

Relations cliniques entre la dilatation de l'estomac et la fièvre typhoïde. — Fréquence de la dilatation de l'estomac et des nodosités de Bouchard chez les typhoïsants.

Fréquence de la dilatation de l'estomac chez les individus qui prennent la fièvre typhoïde par contagion (cas intérieurs des hôpitaux).

Récidives de la fièvre typhoïde chez les dilatés.

Comment la dilatation de l'estomac peut prédisposer à contracter la fièvre typhoïde.

Fréquence du tænia et d'autres parasites chez les dilatés et chez les typhoïsants.

De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde.

De divers états morbides passagers du tube digestif fréquents chez les dilatés (embarras gastriques simples ou fébriles — fébricules continues, — catarrhe gastro-intestinal cholériforme).

De l'antisepsie du tube digestif et de l'alimentation des typhoïsants dont l'estomac est dilaté.

Conclusions.

I

Une page d'histoire médicale. — On a beaucoup médit de Broussais, qui faisait pivoter en grande partie la pathologie autour de la gastro-entérite, d'où Rilliet lui a reproché d'avoir tiré tous les maux, comme d'une nouvelle boîte de Pandore ; — on a traité plus tard Beau d'esprit excessif, parce qu'il faisait découler des dyspepsies une iliade de maux, — et voici que plusieurs crient aujourd'hui à l'exagération, parce que M. Ch. Bouchard attribue à la dilatation de l'estomac une importance considérable dans la pathogénie.

Peut-être les détracteurs de Broussais sont-ils allé trop loin dans leurs critiques de son œuvre. Je consens qu'il eut tort, au sens anatomique, de considérer comme de nature inflammatoire une foule de troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin qui précèdent, accompagnent ou suivent la plupart des maladies aigues et chroniques, quand ils ne les ont pas préparées. Mais il avait grandement raison, au point de vue de la pathogénie, d'affirmer la capitale importance des états anormaux du tube digestif.

Quand ce grand enthousiaste proposa à ses contemporains la foi en la *gastro-entérite* comme le premier article du *credo* médical, s'il gagna tout d'abord tant de partisans à sa cause, c'est que l'observation clinique ne permet pas de méconnaître l'extrême fréquence et l'énorme retentissement des désordres du tube digestif.

Croyez que ce ne fut pas seulement, comme l'ont dit, non sans naïveté, quelques historiens, son entraînante éloquence et sa passion communicative qui lui valurent son grand succès de la première heure. L'apôtre de la gastro-entérite séduisit, parce que son évangile avait cette supériorité sur la plupart des évangiles de pouvoir s'étayer sur des faits faciles à vérifier.

Je sais que son triomphe fut court ; on n'eut guère de peine à prouver que Broussais se trompait, en confondant toutes les perturbations de l'appareil gastro-intestinal sous la rubrique uniforme d'États inflammatoires. — Comment ne se serait-il point trompé ? Il ne connaissait que faiblement la physiologie, bien que, par une ironie singulière, son système se trouve catalogué dans l'histoire avec l'étiquette de doctrine physiologique ; il n'avait nulle notion chimique ; l'anatomie micrographique naissait à peine. Mais Broussais n'en avait pas moins proclamé une des vérités fondamentales de la médecine : la primauté de l'estomac dans la hiérarchie des appareils qui font vivre le corps humain, et qui peuvent aussi le faire mourir, quand ils cessent d'accomplir correctement leurs fonctions.

L'estomac vit ses droits quelque peu méconnus, quand Broussais eut perdu sa cause. Mais une belle cause manqua-t-elle jamais d'avocat ? — Beau, quelque temps après, entra

dans la lice, avec d'autres armes que les progrès de nos connaissances lui offraient. Le système nerveux, mieux étudié, donnait la clef de certaines connexions entre les désordres du tube digestif et les troubles d'autres parties lointaines de l'organisme. Les actes normaux de la digestion mieux connus éclairaient la nature de beaucoup d'états morbides du tube digestif, résultats de la déviation des actes physiologiques.

Beau fit donc campagne, et non sans gloire, pour étendre les domaines pathologiques du tube digestif, sous le nom de *dyspepsies*, — ce mot étant pris dans une acception très large que les écrivains postérieurs ont peut-être eu tort de restreindre. Que son ardeur l'ait entraîné trop loin, qui le nie? Le monde médical l'accusa d'avoir voulu asservir toute la pathogénie à la seule dyspepsie et s'insurgea contre cette prétention despotique. L'historien vit crouler encore une fois le triomphal monument qui s'était élevé à la gloire du tube digestif.

Mais, malgré le fracas de ces deux écroulements, les grandes assises sont restées debout, parce qu'elles reposaient sur un indestructible fondement de vérités cliniques. Aussi l'édifice pathogénique, dont la base est la prépondérance du tube digestif dans l'économie, et dont les vicissitudes auront tenu une si grande place dans l'histoire doctrinale de ce siècle, a-t-il pu renaître de nos jours sous une forme nouvelle, qui paraît offrir cette fois des gages de solidité et de durée.

L'importance de la *dilatation de l'estomac*, ou, pour élargir la question, l'influence des perturbations chroniques du tube digestif, — dont cette dilatation est la cause, l'indice et comme le symbole, — sur la détérioration de la santé et la production d'une foule de maladies, est un fait indéniable et d'une constatation clinique facile.

C'est sur cette notion — que quelques-uns déclarent banale, quitte à la méconnaître chaque jour dans la pratique, — que M. le Pr Bouchard a voulu asseoir une conception pathogénique, dont la simplicité faisait la grandeur et qui m'a semblé prendre place, dans l'histoire médicale, à la suite des conceptions de Broussais et de Beau dans l'ordre de la filiation logique et chronologique, — au-dessus d'elles à coup sûr, si l'on envisage les conséquences prophylactiques et thérapeutiques qui en découlent.

II

Dans une des leçons de pathologie générale que M. le Pr Bouchard a faites à la Faculté et dont il a eu la bonté de me confier la rédaction, mon maître disait à propos de l'étiologie de la dilatation de l'estomac : « Elle existe après la fièvre typhoïde ; plus souvent elle existe dès le début et même avant le début de la maladie. Il n'est pas rare que la fièvre typhoïde se développe chez les gens dont l'estomac était déjà dilaté. J'ai vu dans le cours de ces deux dernières années douze cas intérieurs de fièvre typhoïde, c'est-à-dire survenant chez des malades en traitement pour une autre maladie ; douze fois il s'agissait de malades atteints de dilatation d'estomac. On pourrait poser la question de savoir si la dilatation n'a pas préparé l'introduction de l'agent infectieux : je me contente, pour le moment, de la constatation empirique du fait. Le plus grand nombre des malades qu'on traite dans les hôpitaux pour la fièvre typhoïde portent des nodosités des deuxièmes articulations des doigts, qui prouvent que la dilatation était antérieure. »

Cette citation contient en germe le sujet de ma thèse. Vivement frappé de cette pensée de M. Bouchard, je me suis mis à examiner au point de vue de l'état antérieur de leur tube digestif tous les malades atteints de fièvre typhoïde que j'ai rencontrés, et je suis arrivé à

cette conviction que l'antériorité de la dilatation de l'estomac ou d'un état dyspeptique, de date plus ou moins ancienne par rapport à l'invasion de la dothiénentérie, est parfaitement réelle dans un nombre important de cas.

On savait déjà que la fièvre typhoïde est une cause prédisposante à la dilatation de l'estomac ; il y aurait donc aussi lieu d'admettre que, dans des cas assez nombreux, il existe une relation inverse entre ces deux états morbides, la dilatation de l'estomac prédisposant les sujets qui en sont atteints à contracter la fièvre typhoïde, — comme elle prédispose d'ailleurs ses victimes à contracter beaucoup d'autres maladies aiguës ou chroniques.

M. Bouchard a montré que la dilatation de l'estomac, constituant une tare, réalisant une sorte de diathèse acquise, place les sujets en état d'opportunité morbide pour certaines infections, comme la tuberculose, dont l'agent pathogène pénètre probablement dans l'organisme tantôt par l'appareil respiratoire, tantôt par le tube digestif.

Il est encore moins surprenant que la dilatation de l'estomac rende ceux qui en sont affectés plus aptes à contracter les maladies dont les agents pénètrent exclusivement par le tube digestif, à se laisser envahir par les parasites morbigènes grands et petits, le bacille de la fièvre typhoïde comme les œufs du tænia ou des lombrics. En tout cas, le fait clinique de l'antériorité de la dilatation par rapport à la dothiénentérie me paraît établi et par l'examen direct de l'estomac et par la constatation des nodosités phalango-phalanginiennes des doigts qui, comme l'a dit le premier M. Bouchard et comme je pense l'avoir démontré, sont la signature d'une dilatation de l'estomac déjà ancienne.

C'est à préciser les caractères de la déformation signalée par M. Bouchard que je me suis appliqué dans le chapitre suivant.

III

La déformation dont M. Bouchard a voulu parler siège au niveau de l'articulation de la *phalange avec la phalangine* ou *deuxième articulation* du doigt. Elle a l'apparence d'un renflement qui augmente plus ou moins les dimensions transversales de cette articulation. A un faible degré, le renflement transversal du doigt au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne est encore normal chez les sujets dont les mains sont maigres. Mais, dans les cas que M. Bouchard a eus en vue dans sa description et dans tous ceux auxquels nous avons accordé une valeur séméiologique, l'élargissement transversal des extrémités épiphysaires de la phalange et de la phalangine qui entrent dans la composition de l'articulation était assez marqué pour sauter de prime abord aux yeux [1].

1. Puisqu'il n'y a qu'une question de degré entre l'aspect normal des articulations phalango-phalangiennes et les nodosités de Bouchard, il fallait adopter un criterium qui permît de séparer les doigts noueux des non noueux et de classer les nodosités en faibles, moyennes et grosses. J'ai donc employé un instrument pour mesurer ces nodosités. C'est une sorte de compas d'épaisseur divisé par millimètres, réduction minuscule de celui dont se servent les cordonniers pour mesurer la longueur du pied. Je prends les diamètres transverses des diaphyses de la phalange et de la phalangine que j'appelle Ph. 1, Ph. 2 et celui de leurs épiphyses au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, que j'appelle Ep.

Il y a entre ces divers diamètres un rapport normal, pour ainsi dire esthétique, par suite duquel le doigt a son apparence cylindrique ou légèrement fusiforme.

Des mensurations nombreuses m'ont permis d'établir que, chez l'adulte bien conformé, dont les doigts n'ont pas l'aspect noueux, l'écart entre les diamètres transverses des diaphyses des premières et deuxièmes phalanges (Ph. 1 et Ph. 2) et celui de la jointure intermédiaire (Ep.) oscille entre 1 et 3 millimètres.

Le renflement porte le plus souvent surtout sur l'épiphyse de la phalangine. Quand l'élargissement des lignes de contour du doigt se fait brusquement au niveau de l'articulation, l'apparence de celle-ci éveille l'idée d'un nœud, d'une nouure, d'une nodosité, et cette comparaison vient d'autant plus facilement à l'esprit que les sillons et les sinuosités dessinés par les plis de la peau au niveau de l'articulation du côté de l'extension, rappellent vaguement l'aspect de l'écorce des branches d'arbres au niveau de laurs bifurcations.

L'aspect noueux s'accentue encore, quand il existe entre l'élargissement transversal des extrémités épiphysaires de la phalange et de la phalangine un renflement antéro-postérieur du rebord osseux qui limite les surfaces articulaires en avant et en arrière.

Quand on palpe l'articulation, on trouve qu'elle est lisse sur toute sa périphérie ; aucun noyau induré, aucune incrustation calcaire n'existe au niveau des ligaments. La peau n'a subi aucun changement de couleur, ni de consistance. Les mouvements sont aussi aisés que dans l'autre articulation du doigt, celle de la phalangine avec la phalangette, et que dans les articulations homologues de personnes qui n'ont point les doigts ainsi noueux.

Nous avons disséqué un grand nombre de ces articulations noueuses sans y trouver aucune des lésions du rhumatisme ni de la goutte. La synoviale est lissa, plus sèche, m'a-t-il semblé plusieurs fois, qu'à l'état normal ; les cartilages d'encroûtement sont d'aspect normal. Seulement le rebord osseux qui sert de support à la poulie et aux condyles de l'extrémité de la phalange et surtout celui qui limite les petites cavités glénoïdes de l'extrémité supérieure de la phalangine est, quoique lisse et régulier, plus saillant, plus épais que sur les os des sujets dont les doigts revêtus de leurs parties molles n'avaient pas l'aspect noueux. Plus volumineux aussi m'ont paru les tubercules arrondis situés sur les côtés de la surface articulaire de la phalangine et auxquels s'insèrent les ligaments latéraux. J'ai noté une saillie plus considérable du bord rectiligne et rugueux qui limite en avant cette surface et que recouvre le ligament glénoïdien. J'ai vu aussi plusieurs fois le tubercule pyramidal et triangulaire qui la termine en arrière et auquel s'attache le tendon moyen des muscles extenseurs, faire un relief assez accentué pour figurer une sorte de bec osseux saillant à la vue sous les téguments pendant la flexion de l'article.

On voit habituellement, chez les sujets qui présentent à un haut degré les déformations signalées par M. Bouchard, les quatre doigts noueux. Mais il n'est pas rare de ne voir que deux ou trois doigts ou même un seul, qui soient ainsi déformés. Les plus fréquemment atteints de la déformation à l'état isolé sont, d'après notre statistique, l'annulaire ou l'auriculaire, puis vient le médius. La nodosité de l'auriculaire s'accompagna assez souvent et surtout chez les femmes d'une tendance générale de ce doigt à s'incurver vers l'axa de la main.

L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce représente, au point de vue de ce

Pour laisser une part suffisante aux variations individuelles qui ne vont pas jusqu'à déformer l'aspect du doigt, je n'ai admis comme noueux que les doigts qui présentaient entre les diamètres Ph. 1 Ph. 2 et le diamètre Ep. un écart de 4 millimètres au moins par excès de ce dernier.

On peut ainsi formuler dans les observations qu'on recueille l'état des deuxièmes articulations en faisant précéder les chiffres représentant les diamètres par des lettres alphabétiques indiquant quel est le doigt déformé et à quelle main il appartient :

Ainsi An. g. $\frac{(Ph^1 = 12)}{Ph^2 = 13} <$ Ep. = 17 est une formule qui peut indiquer abréviativement que l'annulaire de la main gauche présente au niveau de la deuxième articulation un diamètre transverse excédant de 4 millimètres le plus grand des diamètres transverses des phalanges qu'unit cette articulation.

qu'on a appelé assez ambitieusement la philosophie anatomique, une articulation phalango-phalanginienne, le premier métacarpien, celui qui correspond au pouce, « offrant, dans son mode d'évolution, la plus remarquable analogie avec les phalanges » ou du moins « n'étant représenté qu'à l'état de vestige par l'épiphyse supérieure » (Sappey). Puisque, comme l'écrit ce scrupuleux anatomiste, « il est rationnel de regarder cette épiphyse comme représentant le métacarpien du pouce chez l'homme, puisque dès lors ce doigt présenterait trois phalanges comme les autres, la première étant soudée au métacarpien », il n'est pas surprenant que l'articulation dite métacarpo-phalangienne du pouce soit atteinte d'une déformation analogue à celle des deuxièmes articulations des autres doigts. En fait, comme M. Bouchard l'avait déjà signalé, j'ai vu, chez un certain nombre de sujets dont les autres doigts étaient noueux, cette articulation du pouce évidemment épaissie et noueuse. J'ai même noté que, chez les rares sujets qui ont éprouvé quelques sensations douloureuses antérieurement ou concurremment à l'épaississement de leurs articulations phalango-phalanginiennes, celle du pouce a été presque toujours le siège des plus accusées parmi ces sensations. Les individus dont je parle m'ont comparé ces sensations à des élancements fugaces, intermittents, et c'était dans l'articulation du pouce droit, après une séance d'écriture un peu prolongée, que la sensation lancinante apparaissait de temps à autre. En réalité ce sont là des sensations si légères, si peu douloureuses, que presque jamais les sujets à doigts noueux n'en parlent spontanément. Elles n'ont rien de comparable aux douleurs du rhumatisme, sauf dans des cas très exceptionnels.

Les déformations noueuses des articulations phalanginiennes, auxquelles il nous paraît naturel d'attribuer l'appellation de *nodosités de Bouchard*, comme l'ont déjà fait MM. Chantemesse et Le Noir dans leur excellente étude sur les névralgies bilatérales liées à la dilatation de l'estomac, nous ont paru exister avec une fréquence à peu près égale chez l'homme et chez la femme.

Elles sont remarquablement indépendantes de la profession, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen comparatif des nodosités de Bouchard chez un dessinateur, un écrivain et un manouvrier.

J'ai fait le relevé des sujets à doigts nettement noueux qui se trouvaient à un jour donné dans les salles du service de M. Bouchard, en ne comptant comme noueux que ceux dont les diamètres transverses, diaphysaires et épiphysaires, offraient un écart d'au moins 4 millimètres.

Sur 37 hommes malades, se trouvaient 11 hommes à doigts noueux. Tous ces 11 avaient de la dilatation. Parmi eux, 9 avaient en même temps une autre maladie : fièvre typhoïde, tuberculose, affection cardiaque, rhumatisme, purpura ; 2 étaient en traitement pour une dilatation simple.

Sur 41 femmes, je trouvai 13 femmes à doigts noueux, ayant toutes le clapotage gastrique, et parmi elles 7 ayant une dilatation simple et primitive ; les 6 autres étaient atteintes, en même temps que de leur dilatation, de fièvre typhoïde, de tuberculose pulmonaire et laryngée, de paralysie générale, d'affection cardiaque et de pleurésie.

Soit, sur un total de 78 malades des deux sexes pris au hasard, 24 sujets à doigts noueux, ayant tous des signes de dilatation d'estomac, et dont 9 n'avaient pas d'autre maladie.

Examinant ensuite les mêmes malades au point de vue de la recherche de la dilatation, j'ai trouvé sur les 37 hommes malades 15 dilatés, et sur les 41 femmes, 18 dilatées ; soit 33 dilatés sur 78 malades des deux sexes.

IV

Procédé d'évaluation de la capacité gastrique et de la dilatation de l'estomac sur le cadavre. — L'estomac lié au niveau du pylore est placé dans une cuvette ou un cristallisoir vide, assez grand pour permettre l'ampliation complète sans que ses parois rencontrent celles du vase.

Puis nous introduisons dans le cardia l'extrémité d'un entonnoir en verre largement évasé, c'est-à-dire à parois très inclinées, et nous serrons l'orifice du cardia autour de l'extrémité de l'entonnoir soit avec les doigts de la main gauche, ou mieux avec un lien élastique.

Nous prenons ensuite une éprouvette graduée en centimètres cubes et pleine d'eau, dont nous versons le contenu *presque goutte à goutte*, en tout cas *très lentement, le long des parois inclinées* de l'entonnoir, en surveillant le mouvement d'ampliation de la poche gastrique.

Nous continuons ainsi jusqu'à ce que l'estomac soit plein, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'eau affleure au niveau du cardia. Nous lisons alors sur l'éprouvette le nombre de centimètres cubes d'eau versés, et ce chiffre nous paraît représenter assez exactement la capacité gastrique.

Une fois que le niveau de l'eau versée dans l'estomac est venu affleurer le cardia, si l'on continue à en verser dans l'entonnoir avec la lenteur que nous avons indiquée, il n'en pénètre plus une goutte dans l'estomac, et l'on voit le niveau s'élever dans l'entonnoir. On n'a donc pas à redouter de se tromper sur la capacité de l'estomac en exagérant l'ampliation de ses parois.

Quand même il serait impossible d'arriver par ce procédé à une appréciation mathématiquement exacte de la capacité gastrique, peu importe, puisqu'il nous suffit de nous être mis dans des conditions constamment identiques pour avoir le droit de comparer les chiffres obtenus.

Nous pouvons dire en tout cas que notre procédé par l'introduction d'eau sans pression est infiniment supérieur à tous les procédés d'insufflation ; car c'est à ceux-ci qu'on peut appliquer légitimement le reproche de surdistendre l'estomac presque indéfiniment, et surtout d'une façon toujours variable, suivant l'énergie de l'insufflateur. C'est par ce procédé d'insufflation, le plus détestable de tous, que, dans les amphithéâtres d'anatomie, on arrive à obtenir de véritables outres avec des estomacs qui n'étaient pas dilatés du vivant des sujets.

Or dans quelles limites peut varier la capacité gastrique sans qu'on puisse la dire anormale? C'est là évidemment le point obscur de la question, et il faut avouer que les renseignements qui nous sont fournis par les auteurs ne sont pas de nature à nous éclairer beaucoup.

Désireux de me faire une opinion personnelle, puisque des auteurs classiques et des maîtres si recommandables ne m'éclairaient point, j'ai mesuré par le procédé indiqué plus haut 60 estomacs de cadavres pris au hasard, dans des services de chirurgie et de médecine de plusieurs hôpitaux.

J'ai trouvé des chiffres très variables, il fallait s'y attendre. Ces chiffres cependant me semblent assez significatifs au point de vue qui m'occupe, si je les compare aux chiffres que j'ai trouvés dans douze autopsies que j'ai pu faire de malades chez lesquels j'avais pu constater le clapotage de leur vivant.

Les chiffres représentant la capacité des 60 estomacs pris au hasard ont varié de 660 centimètres cubes à 2 000. Mais 6 seulement ont été supérieurs à 1 500; — 54 par conséquent étaient inférieurs à ce chiffre; — 45 étaient inférieurs à 1 300 centimètres cubes; — 10 seulement étaient inférieurs à 1 000 centimètres cubes.

Soient :

10	estomacs	mesurant de	660 à 1 000	centimètres cubes.
36	—	—	1 000 à 1 300	—
8	—	—	1 380 à 1 500	—
6	—	—	1 500 à 2 000	—

J'ai cru pouvoir en conclure que la moyenne de la capacité gastrique chez les adultes morts de maladies quelconques était inférieure à 1 300 centimètras cubes, et je pense qu'au-dessus de ce chiffre on peut admettre en général un certain degré d'ampliation.

Parmi les estomacs de 1 300 à 2 000 centimètres cubes, s'en trouvaient les deux tiers appartenant à des phtisiques, chez lesquels nous savons que l'estomac est souvent dilaté.

Quant aux estomacs que l'autopsie m'a permis de mesurer chez des sujets chez lesquels j'avais de leur vivant constaté la dilatation gastrique, ils cubaient les chiffres suivants : 2 000, 2 750, 2 800, 3 000, 4 500 centimètres cubes.

Je n'ai donc pas vu dans mes autopsies de ces monstrueux estomacs, qui tombent jusqu'au pubis, et cela m'importe peu. Car ce ne sont pas ces raretés anatomiques qui intéressent le clinicien au point de vue de la pathogénie. Mais toutes les fois que j'ai pu faire l'autopsie de malades chez lesquels j'avais diagnostiqué cliniquement la dilatation après constatation du clapotage dans des limites extra-physiologiques, j'ai toujours trouvé des estomacs d'une capacité de beaucoup supérieure à ce qu'on peut appeler la capacité moyenne (1 300 centimètres cubes).

V

Conclusions générales. — La dilatation de l'estomac est un état fréquent et fâcheux; elle résulte de causes très diverses, mais surtout d'une mauvaise hygiène alimentaire exerçant son action sur des sujets doués congénitalement d'un défaut de résistance de la tunique musculeuse de l'estomac; nous avons dans la recherche du clapotage gastrique un moyen très satisfaisant de reconnaître et de mesurer la dilatation de l'estomac; certaines nodosités particulières des doigts paraissent un des effets les plus habituels de la dilatation de l'estomac et attestent son ancienneté; non seulement la dilatation engendre une foule de conséquences fâcheuses directes ou indirectes sur l'organisme par l'auto-intoxication qu'elle crée; mais encore, elle favorise l'invasion des maladies infectieuses, soit chroniques comme la tuberculose, soit aiguës comme la fièvre typhoïde; enfin, les dilatés étant nombreux, et les occasions de contracter la fièvre typhoïde fréquentes, il n'était pas sans intérêt, au point de vue de la prophylaxie, de faire connaître la facilité avec laquelle les dilatés contractent la fièvre typhoïde, qui elle-même contribue à en fabriquer pas mal.

Je ne crois pas dans ce travail avoir encouru le reproche de forcer les faits pour appuyer un système.

J'espère donc qu'on ne me dira pas, comme Fontenelle à la belle marquise, à qui il apprenait galamment l'astronomie. « Dans les meilleurs systèmes il y a toujours quelque

chose qui y convient le plus juste du monde, et puis quelque chose aussi qu'on y fait convenir comme on peut, ou qu'on laisse là si on désespère d'en pouvoir venir à bout. »

Je n'entreprends pas de défendre M. Bouchard d'être un systématique plus qu'il ne s'en défend lui-même; car je crois profondément à l'utilité des systèmes, qui sont, comme les hypothèses, « des poteaux indicateurs sur la route de la vérité ». Mais, dans le système que je défends, j'ai tâché « de ne rien laisser là par désespoir d'en pouvoir venir à bout. »

Il ne fallait pas s'attendre qu'une conception comme celle du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac fît son chemin sans rencontrer de résistance. Lorsque notre maître a exposé ses vues, il a trouvé à la Société Médicale des hôpitaux, dans la presse et dans les conversations avec ses confrères, l'incrédulité et la raillerie qui, dans notre pays, accueillent toujours une affirmation nouvelle.

Plus tard les dénégations, qui étaient de prime abord universelles, sont devenues plus rares et moins bruyantes; il y eut divergence sur la fréquence de tel accident morbide concomitant ou de la maladie elle-même, mais on n'en nia plus l'existence.

Bientôt l'engouement même fut excessif; tous les médecins trouvèrent trop d'estomacs dilatés, se conformant trop rarement aux indications techniques que nous avons essayé de préciser et alors on déclara que la dilatation de l'estomac n'avait pas de valeur à cause même de son extrême fréquence. Les uns n'y virent que la conséquence d'un affaiblissement de cause nerveuse; d'autres que celle d'un spasme pylorique provoqué par l'hyperchlorhydrie. Quand on eut examiné l'estomac aux rayons Rœntgen, les malades étant debout, certains ne voulurent pas que l'estomac dilaté fût autre chose que l'estomac ptosé.

Entre toutes ces affirmations il en est de soutenables, il en est qui ne le sont pas. Je continue à considérer la gastrectasie habituelle comme un état spécial, distinct des atonies passagères et de la gastroptose.

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DU TUBE DIGESTIF

(Monographie dans le *Traité de pathologie générale* de M. Bouchard, 150 pages in-8°, 1897, Masson et Cie, éditeurs.)

Cavité buccale. — I. *Lèvres* : Forme. Épaisseur. Coloration. Paralysie. Tremblement. Éruptions. — II. *Dents* : Nombre. Précocité. Retard. Chute prématurée. Coloration. Implantation vicieuse. Malformations et érosions. Carie. — III. *Gencives* : Coloration. Liserés. Gingivites. — IV. Odeur de la bouche et de l'haleine. — V. *Muqueuse buccale* ; Modifications de la sensibilité générale : anesthésie, hyperesthésie, paresthésie. — De la sensibilité gustative : agueusie, hypergueusie, paragueusie. — Troubles circulatoires. — Inflammations : symptômes des stomatites et leur valeur sémiologique. — VI. *Langue* : Ses aspects cliniques : forme, consistance, sécheresse, enduits, etc. Colorations. Taches. Plaques. Ulcérations. — VII. *Glandes salivaires* : Diminution de la salive. Sialorrhée. Ptyalisme. Modifications de nature. Rétention.

Œsophage. — Modes d'exploration : inspection, percussion, œsophagoscopie. Palpation. Cathétérisme. Auscultation. Sténoses. Dilatation. Diverticules. Paralysie. Ulcérations. Varices.

Estomac. — I. *Procédés physiques d'exploration* : Détermination des limites et de la capacité. Éclairage de la cavité. Cathétérisme. Extraction du contenu. — II. *Procédés chimiques d'exploration (chimisme)* : Titrage de l'acidité. Recherche de la nature des acides. Étude de la marche du processus digestif. Repas d'épreuve, etc. — III. *Enquête sur l'état actuel* : Interrogatoire sur les commémoratifs et sur les symptômes actuels. Symptômes subjectifs d'ordre digestif. Syndrome de flatulence. Syndrome douloureux. Pyrosis. Régurgitations. Mérycisme. Gastralgie. Nausée. Vomissement. — IV. *Séméiologie chimique des dyspepsies* : Excès de la sécrétion gastrique. Hyperchlorhydrie. Insuffisance de la sécrétion. Hypo et anachlorhydrie. — Hyper et hypopepsie. Troubles évolutifs. — Hypersthénie. Hyposthénie. — V. *Séméiologie de la motricité* : Signes relatifs aux modifications de la position de l'estomac. Abaissement total. Dislocation. Gastroptose. Signes tirés des perturbations de la motricité. Gastrospasme. Agitation péristaltique. Spasme et sténose des orifices. Atonie gastrique. Incontinence du pylore. Dilatation de l'estomac. — VI. *Séméiologie des troubles éloignés et généraux dans les maladies de l'estomac* : L'estomac et l'intestin (constipation et diarrhée des dyspeptiques gastriques). Troubles nerveux, vaso-moteurs, de nutrition. Urologie des dyspepsies. Bactériologie.

Intestin. — Inspection. Palpation. Percussion. Auscultation de l'abdomen. Examen des fèces. Séméiologie de la diarrhée. Constipation. Météorisme et tympanite. Occlusion intestinale. Ulcérations intestinales et perforation. Séméiologie des entérites et des localisations intestinales. Typhlites. Appendicites. Côlites. Rectites, etc.

Péritoine. — Modes d'exploration. Ascite. Péritonites (formes et variétés). Cancer.

Rate. — Procédés d'exploration (palpation, percussion, auscultation). Splénomégalie. Souffles spléniques.

Syndromes épisodiques des dyspepsies nerveuses : la régurgitation pituiteuse spasmodique.

(*Semaine médicale*, 1900.)

Parmi les épisodes qui accidentent l'évolution des états dyspeptiques il en est de *simples*, c'est-à-dire consistant en désordres fonctionnels d'une seule espèce : soit moteurs (accès d'éructation, de régurgitation, de spasme ou d'incontinence des orifices), soit sensitifs (boulimie ou anorexie, hyperesthésies ou paresthésies), soit sécrétoires (hypersécrétions ou hyposécrétions temporaires), soit vaso-moteurs. Il en est de *complexes*, à la réalisation desquels prennent part la motilité, la sécrétion, la sensibilité, la vasomotricité : ceux-ci sont d'une analyse souvent délicate et peuvent être assez variés pour satisfaire les curieux d'inédit comme pour contrarier les amateurs de classifications symétriques. Le syndrome suivant que j'ai observé un certain nombre de fois diffère de la pituite salivaire banale et me paraît mériter une description spéciale.

Souvent le sujet se trouve pendant une, deux ou trois heures dans un état

d'agacement nerveux indéfinissable ; il se sent irritable, a besoin de mouvement, éprouve un vague malaise épigastrique. D'autres fois, c'est très brusquement que le syndrome apparaît.

Dans sa forme la plus complète, il se compose de trois actes :

Une douleur violente de contraction est ressentie au milieu de l'épigastre ou un peu à droite, ou encore derrière la pointe du sternum. A ce moment, la figure du patient exprime une angoisse très vive ; il pâlit, une sueur froide lui vient au front, un frisson général le secoue. Il porte sa main au creux de l'estomac, en l'appuyant fortement ou en saisissant les téguments avec les doigts contractés comme pour arracher un corps étranger douloureux.

Puis le malade sent sa bouche s'emplir d'un liquide qu'il rejette en crachant ou qui s'écoule en bavant. Ce liquide est d'abondance variable, depuis une ou deux gorgées jusqu'à un demi-verre. Il est le plus souvent incolore, insipide et mousseux, tantôt d'apparence salivaire, tantôt de consistance plutôt visqueuse, d'aspect glaireux comme du mucus gastrique : d'ordinaire neutre au papier de tournesol, il est parfois, mais rarement, acide et agaçant les dents du patient, d'autres fois amer comme de la bile, quoique à peine coloré sans doute il y existe alors de la peptone, et ces différentes apparences du liquide peuvent être en rapport avec l'heure à laquelle le syndrome s'est produit.

La crise terminée, le sujet éprouve le plus souvent une sensation d'accablement général, d'extrême lassitude qui l'oblige à s'étendre quelques minutes ; mais, au bout de peu de temps, cette lassitude se dissipe et fait place à un état de bien-être réel par contraste avec l'état d'agacement nerveux qu'il avait ressenti avant la crise.

La durée totale de l'accès est de une à cinq minutes. Il peut se composer de deux reprises se succédant à une ou deux minutes d'intervalle.

La fréquence des crises est des plus variables. Généralement, elles se produisent, au début, à des intervalles éloignés ; j'ai connu un malade qui avait eu deux accès en un an, puis tous les deux ou trois mois, et enfin quelquefois deux ou trois par jour.

Les causes occasionnelles ou provocatrices sont parfois évidentes et connues du patient ; j'ai noté les suivantes : contrariété, émotion, effort de contention intellectuelle, séjour dans une atmosphère surchauffée, usage de certains aliments acides, sucrés ou féculents, du bouillon, de certains légumes (haricots verts) ou fruits (pommes).

Exceptionnellement, la crise de régurgitation spasmodique peut être suivie d'un véritable vomissement alimentaire, si le syndrome se produit à une période peu avancée de la digestion gastrique, ou d'un vomissement bilieux si le malade est à ce moment en état de polycholie.

Mais beaucoup plus souvent le syndrome se montre en pleine période de digestion gastrique sans que la régurgitation spasmodique amène dans la bouche autre chose qu'un liquide d'aspect pituiteux. Il peut s'agir alors uniquement de salive accumulée dans l'œsophage.

Les liens qui unissent ce syndrome *à l'état dyspeptique* me paraissent indéniables; tous les sujets chez lesquels je l'ai observé avaient un passé de dyspepsie et ont continué à évoluer dans ce sens. Toutefois, les caractères de la dyspepsie peuvent être très différents ou même tout à fait opposés ; j'ai constaté le syndrome de la régurgitation pituiteuse intermittente spasmodique chez des hyperpeptiques, des hyperchlorhydriques et des hypersécréteurs, comme chez des hypopeptiques et même chez une apeptique ; chez des individus sujets à des phénomènes d'hyperesthésie gastrique, chez d'autres qui n'avaient jamais « senti » leur estomac, mais qui de toute évidence digéraient mal, ayant habituellement le syndrome flatulent, de temps à autre des indigestions et une constipation opiniâtre. Plusieurs présentaient une dilatation modérée de l'estomac, une de ces dilatations atoniques à variations fréquentes, qu'il ne faut pas confondre avec les grandes et constantes gastrectasies par définitives lésions de la musculature.

Mais le trait commun à tous les sujets chez lesquels j'ai observé la régurgitation spasmodique intermittente, c'est l'*état névropathique*, l'impressionnabilité psychique, l'intensité des réactions nervo-motrices, les uns offrant des stigmates d'hystérie, les autres le cortège neurasthénique. C'étaient des arthritiques à migraines, à lithiase biliaire, à eczéma, à hémorroïdes. Ce qui rattache encore ce syndrome à l'état neuro-arthritique, c'est son caractère familial et même héréditaire, car je l'ai vu chez quatre membres d'une même famille en deux générations.

Au point de vue de l'âge, les sujets que j'ai observés étaient la plupart jeunes ou adultes, en majorité des jeunes femmes; deux fois cependant je l'ai noté à la ménopause, deux fois chez l'homme, une fois dans l'enfance.

Il y a des cas, d'ailleurs, où le syndrome n'a pas son ampleur typique, un des éléments se trouvant atténué. Dans le fait suivant, par exemple, il y avait presque exclusivement gastrospasme.

Un confrère des plus instruits m'adressait une de ses clientes qui l'intriguait par l'existence d'accès quotidiens dont il me faisait ainsi la description : « Depuis dix mois, m'écrivait-il, cette femme éprouve tous les jours une sorte de crise douloureuse de courte durée, survenant le plus souvent vers cinq heures du soir : elle sent d'abord une production exagérée de salive, puis une sorte de fourmillement débutant au bas-ventre, remontant très rapidement au creux épigastrique où la sensation se transforme en une douleur très vive que la malade localise au sommet du creux épigastrique et en arrière du tiers inférieur du sternum. Cette douleur cesse brusquement au bout d'environ deux minutes et parfois il se produit un petit vomissement glaireux ou bilieux, rarement alimentaire ; le plus souvent il n'y a pas de vomissement, mais simplement un peu de nausée. Ces crises douloureuses surviennent quelquefois à deux reprises dans une journée ; en pareil cas, une crise a lieu le matin à jeun, l'autre à la fin de la journée, le plus souvent vers cinq ou six heures. L'appétit est resté bon, plutôt au-dessus de la moyenne. Depuis quelque temps, la patiente accuse une douleur dans le dos, entre les omoplates. » Chez cette femme il existait une légère dilatation de l'estomac et elle avait une hérédité névropathique très accentuée.

Dans une autre fait que j'ai observé, la sensation de contraction gastrique était à peine perçue par le sujet ou, du moins, elle était très courte et nullement douloureuse. Mais le reflux liquide était des plus abondants et la régurgitation avec vomiturition méritait bien le nom de pituite.

C'est en ayant égard à ces diverses variétés ou formes atypiques qu'on peut reconstituer le type complet du syndrome, qui, observé dans sa plénitude, m'a paru comporter la succession des phénomènes suivants : gastrospasme avec douleur épigastrique, antipéristaltisme œsophagien avec douleur rétro-sternale, régurgitation avec expuition pituiteuse. D'où la dénomination de régurgitation pituiteuse spasmodique intermittente que j'ai proposé.

Variations oculo-pupillaires dans les affections du tube digestif et de ses annexes.

(Congrès international de médecine, 1900. Section de pathologie générale.)

Une observation de gastroxie nerveuse.

(*Société clinique*, 1885.)

Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale.

(*Archives générales de médecine*, 1884.)

A l'époque où j'ai publié cette étude, la littérature médicale ne possédait encore que le mémoire révélateur de Diday, 1861, et de brèves mentions faites par Martellière, Jullien et Mauriac, Hélot. J'ai apporté deux observations personnelles. Dans l'une le chancre avait simulé une angine diphtérique et j'ai pu réunir des faits vus par Brocq, P. Merklen, A. Hue et Launois (dans le service de M. Duguet), Morel-Lavallée, Barthélemy (dans le service du Pr Fournier), d'où il résulte que le chancre amygdalien peut simuler aussi l'épithélioma, une angine gangreneuse, une gomme ulcérée. J'ai indiqué les signes différentiels de ces formes *érosive*, *ulcéreuse*, *diphtéroïde*, *gangréneuse*, qui permettent de les distinguer des lésions avec lesquelles elles ont été souvent confondues. Ces notions, aujourd'hui vulgarisées dans tous les traités, étaient neuves à cette date.

Multiples ulcérations gastriques et intestinales chez un sujet ayant succombé à une maladie infectieuse de nature non déterminée.

Avec M. Le Roy (*Société des hôpitaux*, 1898.)

Après une maladie fébrile de 24 jours et des températures oscillant entre 39 et 40°, le sérodiagnostic éberthien ayant été négatif à trois reprises, du 16e au 23e jour, le malade de 26 ans succomba à une hématémèse abondante. On trouva dans l'estomac une demi-douzaine d'ulcérations de la dimension d'un pois à une pièce de cinquante centimes et d'innombrables de la dimension d'une tête d'épingle ; les plus grandes, irrégulièrement arrondies ou ovoïdes, à bords saillants et tranchants, à fond noirâtre d'aspect escarrotique, les unes plutôt chancriformes, d'autres plutôt bourbillonneuses. Depuis le duodénum jusqu'à la valvule de Bauhin, l'intestin grêle était comme criblé d'érosions ne dépassant guère la dimension d'un pois (pas d'ulcérations dans le cæcum, ni l'appendice). Côlon non ulcéré, mais avec une muqueuse tuméfiée, villeuse, violacée. Rate énorme de 680 grammes, violet foncé, diffluente. Foie volumineux, gras, avec larges taches jaune

pâle. Infarctus pulmonaire. Les diagnostics de fièvre typhoïde, de tuberculose, de charbon ont été écartés; on a pensé à quelque mycose intestinale du cadre de celles qu'on a décrites sous le nom de maladie des chiffonniers. Les cultures faites avec la pulpe splénique, avec le sang et la sérosité péritonéale n'ont permis d'isoler qu'un bactérium coli, dont la présence dans les viscères vingt-quatre heures après la mort n'a rien de caractéristique d'une infection spéciale. Nous n'avons pu caractériser le bacille d'Eberth. Les ulcérations ont fourni un polymicrobisme, au milieu duquel nous croyons devoir dégager une grosse et longue bactérie qui s'est retrouvée dans la rate et le foie, mais qui n'est peut-être qu'une bactérie de la putréfaction.

Coupe portant au niveau d'une ulcération intestinale. — Tissu musculaire normal. Couche sous-muqueuse infiltrée dans sa totalité de cellules embryonnaires; les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. La muqueuse également infiltrée. Les glandes semblent normales ainsi que les villosités. Au niveau même de l'ulcération, la muqueuse est totalement détruite ainsi qu'une partie de la sous-muqueuse, qui est épaissie, gorgée de cellules blanches et revêtue d'un exsudat fibrineux mélangé de nombreux globules sanguins; à certaines places, on voit des vaisseaux qui semblent s'être rompus.

Dans les muscles et dans les vaisseaux, aucun microbe. Sur les parties restées saines de la muqueuse, les villosités sont comme tapissées de grosses bactéries cinq ou six fois plus longues que larges à extrémités carrées (nous l'appellerons, pour la commodité de la description, Bactérie A). Dans quelques glandes, les culs-de-sac sont envahis par ce bacille. Au niveau de la partie détruite de la muqueuse, nombreuses colonies du même microbe. Sur l'exsudat fibrineux, pousse abondamment un microbe fin et grêle, à extrémités pointues (Bactérie B). Au même niveau, on trouve des bacilles très longs dont quelques-uns sporulent et donnent l'impression de streptocoques (Bactérie C). Des cocci gros et gardant le Gram (D). Des bacilles courts décolorés par le Gram, probablement des bactérium coli (E).

Le contenu intestinal offre, à peu de chose près, la même flore; de plus, on y voit des amas de bacilles qui semblent être de la même espèce que la bactérie B, mais réunis en pelotons et donnant à ces colonies un aspect touffu ou de pomme épineuse, rappelant la disposition des grains d'actinomycose.

Pérityphlites et appendicites.

(Société des hôpitaux, 1894.)

Je faisais une distinction, que je ne crois plus aujourd'hui aussi nette, entre les pérityphlites consécutives à une typhlite par stase stercorale, fermentations intestinales et les appendicites. Je citais à propos de celles-ci des cas permettant de ne pas intervenir pendant la crise et d'autres qui exigent une intervention d'urgence. Je me déclarais adversaire des purgatifs en cas d'appendicite et partisan de la diète avec repos absolu, glace et opium.

Appendicite et grossesse.

(Société des hôpitaux, 1897).

J'avais à diverses reprises conseillé d'enlever l'appendice d'une jeune femme qui avait eu des crises légères ou frustes d'appendicite et une première grossesse sans accident. Une nouvelle grossesse s'étant produite, il y eut une crise plus violente que les précédentes et on se décida à intervenir après refroidissement. C'était vers le 4e mois. La grossesse continua sans incident et l'accouchement d'un enfant bien portant eut lieu à terme. Ce cas est le premier qui ait été publié en France. En le rapportant, je mettais en lumière l'aggravation par la grossesse de crises appendiculaires qui auparavant avaient toujours été remarquablement bénignes. — Après la crise, une période de détente s'était produite ; le plastron inflammatoire avait commencé à diminuer d'étendue et à s'assouplir pendant que la température descendait. Tout à coup la température se releva, le facies devint moins bon et l'empâtement péri-appendiculaire augmenta d'étendue en redevenant plus douloureux. On songeait à la formation d'une collection purulente et on se préparait à intervenir d'urgence, quand la réflexion fut faite qu'on était à la date habituelle des règles et la pensée vint d'une simple poussée congestive autour du foyer primitif. On patienta et bientôt la régression recommença pour aboutir à un refroidissement complet qui permit l'intervention à froid avec plein succès.

Statistique de 25 cas d'appendicite. Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement.

(Société des hôpitaux, 1897.)

J'indiquais parmi les causes prédisposantes l'état dyspeptique, la dilata-

tion de l'estomac, l'entérocolite qui, produisant des fermentations dans le tube digestif, favorisaient la virulence des microbes et j'acceptais pour certains cas la théorie du « vase clos » proposée par M. Dieulafoy. Je n'étais pas alors aussi frappé que je l'ai été depuis par la fréquence des appendicites d'origine grippale et par infection sanguine. Je me ralliais comme formule du traitement médical à la diète absolue, immobilité absolue, glace et opium en repoussant les purgatifs. J'acceptais l'appendicectomie à froid après une première atteinte dûment constatée, tout en montrant que 15 fois sur 25 on pouvait observer des guérisons datant de plusieurs années et, comme dans bon nombre de cas le diagnostic demeure en suspens à cause de la bénignité de la première atteinte, j'estimais qu'on était autorisé dans ces cas douteux à surseoir à l'intervention, à la condition d'avertir le patient ou l'entourage des conséquences possibles. Après une seconde crise, je considérais qu'il y avait indication formelle à l'opération. Depuis cette époque je suis plus affirmatif et j'insiste pour l'enlèvement toutes les fois qu'il y a eu crise vraisemblable ou persistance de phénomènes locaux ou d'un état général défectueux après une première atteinte qui paraît résolue localement.

Typhlocolite, appendicite et dysménorrhée.

(*Bulletin médical*, 1903.)

Il est assez fréquent d'observer chez les jeunes filles un syndrome typhlo-appendiculaire et dysménorrhéique, dans lequel s'associent à parts variables des troubles intestinaux et des troubles menstruels avec leur retentissement sur le système nerveux et la nutrition générale. Les troubles complexes du tube digestif et les désordres nerveux reparaissant à chaque époque menstruelle et s'atténuant dans les intervalles, on s'arrête trop souvent au diagnostic de dysménorrhée arthritique ou nerveuse, tandis qu'il s'agit d'adhérences de l'appendice avec les annexes, et seul l'enlèvement de l'appendice avec destruction des adhérences peut ramener la santé.

IV

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Coexistence de deux kystes hydatiques et d'un cancer secondaire du foie.

(*Société anatomique*, 1884.)

Trois kystes hydatiques du foie, absolument latents jusqu'à l'apparition d'un ictère par obstruction, dû à l'engagement de l'enveloppe d'un des kystes dans le canal hépatique et le cholédoque. — Infection suppurative de deux des kystes et des voies biliaires. Infection colibacillaire généralisée. Hoquet incessant pendant dix jours.

En collaboration avec M. A. Raoult.
(*Société des hôpitaux*, 18 mars 1892.)

De quelques gros foies.

(*Semaine médicale*, 1897.)

Dans cette revue clinique j'ai énuméré un certain nombre de cas : abcès, kystes, cirrhoses, cancers, foies de dyspeptiques, tirés de ma pratique hospitalière, dans lesquels le diagnostic avait été rendu difficile par suite d'anomalies dans le tableau clinique et où il y avait eu nécessité d'explorer le foie par ponction ou par laparotomie.

La lithiase biliaire chez les vieillards.

(*Bulletin médical*, 1907.)

Dans cette étude, j'ai insisté sur les formes frustes que la lithiase revêt souvent à cet âge. Sans insister sur les tumeurs biliaires, fièvres intermittentes bilioseptiques, sur l'ictère progressif chronique par migration silencieuse de calculs pouvant simuler pendant longtemps le cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, et sur la dyspepsie biliaire, la rareté des

coliques hépatiques vraies ne doit pas faire méconnaître la fréquence de troubles dans la sphère du sympathique et du pneumogastrique (nausées et vomissements, cyanose, arythmie, faux pas, état lipothymique ou syncopal) capables de faire admettre à tort des affections de l'estomac, du cœur ou du cerveau, quand il s'agit seulement de réflexes à point de départ lithiasique biliaire.

Cancer du pancréas comprimant les voies biliaires ; atrophie du ventricule droit du cœur.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1881.)

Vaste hyste hydatique du foie latent ; déplacement insolite du cœur, mort très rapide après l'évacuation du liquide par incision.

(*Société des hôpitaux*, 1896.)

Révélé seulement par des douleurs névralgiques do la moitié droite du corps prises pendant longtemps pour rhumatismales par un médecin qui les traitait par le salicylate de soude, ce kyste, qui contenait deux litres de liquide, avait refoulé le cœur dont la pointe battait dans le 4e espace intercostal à plusieurs centimètres en dehors du mamelon gauche et déterminé une anhélation considérable par refoulement du poumon. Il fut incisé par M. Tuffier qui, craignant une mort subite par syncope, préféra ce traitement rapide et après l'évacuation du liquide bourra la poche de gaze. Quatre heures après le malade était pris de toux, de dyspnée, de cyanose avec accélération excessive du pouls et la mort survenait onze heures après l'opération. La mort paraît avoir été un accident d'ordre mécanique, dépendant de l'évacuation trop rapide du contenu du kyste et des changements trop brusques de rapports entre les organes refoulés par une tumeur aussi volumineuse. Toutefois les ponctions successives avec aspiration dans un kyste aussi tendu auraient fait courir le risque grave d'épanchement de liquide hydatique dans le péritoine, accident que j'ai vu nécessiter une laparotomie d'urgence peu d'heures après la ponction d'un kyste. On aurait pu utiliser le cheminement graduel par les caustiques chimiques pouvant amener des adhérences qui eussent mis la cavité péritonéale à l'abri de l'inondation hydatique et au centre desquelles on eût pu faire des ponctions aspiratrices successives avec injections

de liquides modificateurs de la poche. Mais le refoulement excessif du cœur et du poumon n'avait pas permis d'attendre le résultat de méthodes lentes.

Ictère urobilinique chronique (durant depuis douze ans) chez un jeune homme de 18 ans.

(*Société des hôpitaux*, 1897.)

Ce cas était encore impossible à classer à l'époque où je l'ai publié. Un enfant de souche arthritique dont les conjonctives sont devenues jaunes entre cinq ou six ans sans aucun incident pathologique ; un ictère qui se généralise graduellement, reste discret (citron clair) jusqu'à 12 ou 13 ans et depuis a subi des variations assez grandes, quelquefois très accentué dans la saison chaude, diminuant ensuite sans jamais disparaître. Garde-robes toujours foncées, quelquefois vertes, démangeaisons rares ; quelques troubles digestifs intermittents, estomac atonique, foie et rate de dimensions normales. Urines toujours acajou plus ou moins foncé, sans reflet verdâtre, n'ayant jamais contenu de bilirubine, mais toujours de l'urobiline. Il avait intrigué déjà Rommelaere et Thiriar. Ni Vichy, ni aucune médication ne modifièrent cet état. J'ai le regret de n'avoir pas examiné le sérum sanguin.

M. Hayem a dit à l'occasion de ma communication avoir vu trois cas du même genre (ictère chronique avec urobilinurie) et avoir constaté dans le sérum du sang la bilirubine, tandis que les urines ne contiennent que des pigments modifiés ou seulement de l'urobiline.

M. Gilbert, qui a revu le malade en 1901, lui a trouvé la réaction de Gmelin dans le sérum, une rate augmentée de volume au moins pendant une poussée d'ictère et l'a classé dans la forme splénomégalique des ictères chroniques simples.

Lymphadénomes à évolution rapide ayant pu faire soupçonner un abcès du foie. — Artérite sténosante de l'aorte et du tronc brachiocéphalique avec dilatation excessive des artères coronaires (peut-être d'origine palustre).

(*Société des hôpitaux*, 1901.)

Un jeune homme de vingt-sept ans, sans autres antécédents que l'impaludisme contracté pendant un séjour à Madagascar, est pris, trois ans après

son retour, d'une angine banale, à laquelle succèdent des douleurs musculaires généralisées, avec faiblesse croissante, sueurs profuses et de rares mouvements fébriles. On constate chez lui des signes d'induration artérielle avec rétrécissement de l'origine de l'aorte et du tronc brachiocéphalique, que l'autopsie a vérifiés.

Le malade ne présentant pas de signes d'éthylisme et étant dans un âge où l'athérome est exceptionnel, faut-il attribuer ces lésions d'artérite sténosante à l'impaludisme, dont la splénomégalie serait aussi la conséquence ? J'incline à l'admettre.

D'autre part, l'évolution galopante de l'hépatomégalie fébrile avec sueurs et cachexie fit craindre un abcès du foie et conduisit à une laparotomie exploratrice. Elle était due en réalité au développement dans le foie de tumeurs du type lymphadénome, dont deux noyaux existaient dans les reins. Mais quelle relation établir entre ces productions néoplasiques et les altérations artérielles ?

Enfin, il y a lieu de noter l'excessive dilatation des artères coronaires comme conséquence de la sténose aortique sus-sigmoïdienne.

M. Fernet fit connaître à propos de ce fait obscur quatre ou cinq observations qu'il avait pu recueillir, où des lymphomes multiples se développèrent chez des sujets manifestement entachés de paludisme.

Cholécystite suppurée simulant les vomissements de la grossesse et terminée par le syndrome de la méningite cérébro-spinale.

(*Société des hôpitaux*, 1903.)

Grossesse de deux mois ; vomissements incoercibles, d'abord alimentaires et apyrétiques, sans aucune douleur spontanée ni provoquée dans la région de l'estomac ni du foie, sans pigment biliaire dans l'urine. Arrêt des vomissements par le lavage de l'estomac, puis ascension thermique avec syndrome méningé. A l'autopsie hyperémie extrême des méninges crâniennes et rachidiennes et de la substance corticale du cerveau, sans exsudats purulents. En outre, de la vésicule biliaire, au devant de laquelle les anses intestinales voisines étaient légèrement agglutinées par de faibles adhérences récentes, on retira un verre à liqueur de pus, un calcul gros comme une noix à l'entrée du canal cystique et un petit nombre de calculs jaunâtres à facettes.

Quelle doit être l'interprétation de ce cas ? Probablement une cholélithiase latente a favorisé lors du début de la grossesse l'infection suppurative de la

vésicule, et consécutivement une toxi-infection à localisation cérébro-spinale et méningée.

Si on avait pu diagnostiquer cliniquement la cholécystite dès la première entrée de la malade à l'hôpital, il est possible qu'une intervention chirurgicale eût pu empêcher l'infection ou l'intoxication si rapide des centres nerveux ; mais aucun symptôme ne nous autorisait alors à faire un tel diagnostic.

Ainsi, dans le cours de la grossesse comme après l'accouchement, en présence du symptôme vomissements incoercibles, même à l'état isolé, et sans douleur cystique, il faut quelquefois penser à la vésicule biliaire, comme on pense à l'appendice. La grossesse, qui augmente tous les modes d'intoxication, rend aussi les infections plus faciles, quelle qu'en soit la porte d'entrée, et leur impose souvent, après une évolution insidieuse, une terminaison rapidement fatale.

Infection éberthienne à localisation cholécystique tardive, sans autre symptôme typhoïde que la fièvre, avec sérodiagnostic positif.

(*Société des hôpitaux*, 1901.)

Une jeune fille de 19 ans, chlorotique, avait fait dans mon service un séjour de près d'un mois pour une fièvre qui, après avoir suivi pendant huit jours une marche ascendante jusqu'à 40°, avait oscillé pendant six jours de 39° à 40°, était redescendue en sept jours progressivement au-dessous de 37°, sans autre symptôme que la céphalalgie. La séroréaction de Widal avait été négative le 9e et le 20e jour. La malade fut ramenée quinze jours après sa sortie avec 40° et un syndrome de cholécystite ; la réaction agglutinante sur une culture de bacille d'Eberth fut alors positive.

Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule biliaire au début d'une fièvre typhoïde.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1881.)

Cancer gastrohépatique. Anasarque sans albuminurie et hydrothorax double. Hypochlorurie.

(*Société des hôpitaux*, 1903.)

Contribution à la connaissance des rapports entre les œdèmes et la réten-

tion des chlorures chez un homme de cinquante-neuf ans avec un cancer du foie, consécutif à un cancer du pylore ; mais les noyaux hépatiques secondaires ne pouvaient agir par compression sur la veine cave inférieure et les reins ne présentèrent point de lésions. Il n'y eut jamais d'albuminurie et le taux des urines était suffisant. Les battements du cœur étaient réguliers et non affaiblis. Le malade ne s'alimentait sans doute pas beaucoup dans les derniers temps de sa vie, et n'ingérait donc pas une grande quantité de chlorures, mais il consommait encore cependant un régime mixte, il ne voulait pas le régime lacté et, préoccupé surtout par la crainte de s'affaiblir, mangeait le plus qu'il pouvait, quitte à vomir de temps à autre. Il n'a donc pas été possible d'apprécier la quantité de chlorures ingérée.

Quoi qu'il en soit, quand l'anasarque se fut installée, totale, ayant débuté par les membres inférieurs, les paupières et le scrotum presque simultanément, j'ai fait doser les chlorures urinaires. Le volume des urines étant de 1 200 grammes pour les vingt-quatre heures, on y trouvait $4^{gr},27$ de chlorures.

L'interprétation de l'anasarque, accompagnée d'ailleurs d'hydrothorax double, est-elle dans les cas de ce genre la conséquence de la déglobulisation du sang, de l'hydrémie ou bien la rétention des chlorures s'adjoint-elle comme cause ? Le fait est qu'il y avait chez ce cancéreux hypochlorurie sans lésion rénale apparente ni albuminurie.

Syndrome cholélithiasique et appendiculaire par péritonite sous-hépatique subaiguë propagée. Inégalité pupillaire.

(*Société des hôpitaux*, 1905).

Malade amenée à l'hôpital avec un syndrome appendiculaire ; douleurs abdominales au point de Mac Burney, ballonnement, non émission de gaz depuis cinq jours, vomissements, fièvre, et simultanément douleur dans la région cystique. Amélioration rapide des signes d'appendicite sous l'influence de la glace, diète, opium et belladone. Apparition d'ictère et persistance de signes de péricholécystite. — Inégalité pupillaire (myosis droit, mydriase gauche) qui diminue au fur et à mesure que s'espaçaient les crises douloureuses hépatiques.

Comment doit-on interpréter un fait de ce genre ?

Dira-t-on que cette malade a eu une appendicite, au cours de laquelle l'in-

fection s'est propagée vers les voies biliaires, suivant un mécanisme que le Pr Dieulafoy a décrit sous le nom de foie appendiculaire? Mais la période prodromique de deux mois de crampes d'estomac, qui rappellent bien la colique hépatique pseudo-gastralgique, la prédominance si nette du syndrome cholélithiasique, qui s'est prolongé pendant une quinzaine de jours alors que le syndrome appendiculaire fut de courte durée, me paraissent des arguments de nature à faire admettre que la maladie principale et primordiale a été une cholécystite et que le syndrome appendiculaire n'en a été que la conséquence, bien qu'à un examen superficiel il parût prédominer à un certain moment dans le tableau clinique.

Quant au lien à établir entre les deux syndromes, je pense qu'il réside dans la propagation d'une péritonite sous-hépatique, partie de la vésicule biliaire, jusqu'à la fosse iliaque droite, en fusant au-devant du colon ascendant et du cæcum. Ce serait un exemple des faits si intéressants signalés par le Pr Tripier (de Lyon) sous le nom de péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire. Dans ces cas, il ne paraît pas y avoir d'appendicite vraie, mais de la péri-appendicite seulement.

Les faits de ce genre sont importants à connaître, car l'intervention chirurgicale est alors inutile et serait même nuisible, en favorisant probablement la diffusion d'un processus péritonitique que l'immobilité, la glace et la diète éteignent rapidement. Le vrai traitement doit viser la cholécystite primordiale.

A souligner l'existence de l'inégalité pupillaire coïncidant avec le syndrome cholélithiasique, fait que j'avais déjà observé une fois, mais dont je n'ai trouvé aucune mention dans les auteurs qui ont traité de la colique hépatique.

Je suis revenu sur cette question de la *coexistence des syndromes cholécystique et appendiculaire* avec observations nouvelles dans un article du *Journal des Praticiens* (17 mars 1906) et j'ai inspiré la *Thèse* de mon élève J. Thévenin (Paris, 1907) qui aboutit aux conclusions suivantes :

Il y a des causes pathologiques communes aux affections de la vésicule biliaire et de l'appendice. Cholécystite, calculeuse ou non, et appendicite peuvent se trouver associées sur le même sujet. Cette association s'explique soit par l'action de causes communes, soit par la propagation de l'infection d'un des organes à l'autre, le plus habituellement par l'intermédiaire du péritoine.

Il y a des cas où, les deux syndromes cholécystique et appendiculaire étant associés, l'un des deux, le syndrome appendiculaire, ne correspond pas à une

appendicite vraie, mais à une poussée irritative péri-appendiculaire par propagation de la péritonite sous-hépatique, et disparaît très rapidement.

Il faut distinguer les cas où existe réellement une phlegmasie des deux organes pouvant réclamer une intervention rapide, et les cas où il s'agit simplement d'une poussée péritonéale, d'une « crise appendiculaire » sans appendicite, ne nécessitant pas la laparotomie.

Donc, dans les deux cas, il nous semble indiqué d'instituer d'abord le traitement médical qui souvent aura raison du processus et de n'intervenir d'urgence que lorsque les indications sont formelles.

Suppuration abdominale et coxo-fémorale provoquée par une pince hémostatique oubliée depuis six ans dans le péritoine après une ovariotomie. Aspect clinique simulant un ostéosarcome du bassin et du fémur.

Avec M. J. Genévrier.
(*Société des hôpitaux*, 1906.)

L'ovariotomie au cours de laquelle avait été oubliée la pince avait été pratiquée à l'étranger. La malade ayant été amenée à l'hôpital pour une phlébite du membre inférieur droit, après avoir été alitée trois mois, présente un empâtement diffus de la région de la hanche avec sensation de résistance profonde, douleur de la paroi pelvienne au toucher vaginal, adénopathie volumineuse de la région inguinale. Immobilisation de l'articulation coxo-fémorale, déviation du membre en rotation intense et adduction. On songea à la possibilité d'un ostéo-sarcome de la hanche par récidive d'une tumeur maligne de l'ovaire extirpée six ans auparavant. Mort par cachexie.

A l'ouverture de l'abdomen, en réclinant les anses intestinales, nous sentons un corps résistant, masqué par des adhérences : c'est une pince hémostatique ! Après l'avoir un peu dégagée, nous voyons qu'elle est disposée perpendiculairement à l'arcade de Fallope, dans la fosse iliaque droite, ses anneaux se rapprochant de la région ombilicale. Ceux-ci sont inclus dans une anse intestinale, alors que les tiges et les mors sont logés dans une gaine formée par les anses rapprochées et agglutinées par des fausses membranes ; cette gaine, ouverte, a environ le diamètre du petit doigt et contient un peu de pus. Les adhérences sont très peu étendues en dehors de cette loge contenant la pince, qui est toute noircie. Les mors viennent buter contre la

branche ischio-pubienne, au-dessous des vaisseaux fémoraux ; ce point osseux est dénudé, et la gaine qui loge les mors de la pince se continue en ce point sous l'arcade fémorale ; une sonde cannelée, passée par ce canal, arrive sur la face externe de l'ilion qui paraît, elle aussi, dénudée. Une large incision, qui met à nu toute la région de la hanche, montre alors que l'articulation est complètement détruite ; la tête fémorale, la cavité cotyloïde, la surface externe de l'iléon, sont profondément nécrosées ; les surfaces osseuses sont noirâtres ; un pus sanieux et fétide, de même aspect que celui dans lequel était baignée la pince, s'écoule de cet abcès, qui communique évidemment avec l'abcès stercoral.

On peut se demander si l'abcès stercoral s'était formé peu de temps après la présence de la pince dans l'abdomen et est resté si longtemps avant de donner lieu à des accidents graves. Ce n'est que par la nécrose consécutive de la branche ilio-pubienne, puis de l'ilion, que la hanche fut à son tour envahie par la suppuration, cause des accidents terminaux que nous avons succinctement rapportés.

Ne paraît-il pas plus vraisemblable que la pince, comme tout corps étranger abandonné ou placé expérimentalement dans la cavité péritonéale, a subi peu à peu un mouvement d'expulsion vers la cavité intestinale, s'y est introduite partiellement en ulcérant la paroi de l'intestin où les anneaux se trouvent actuellement engagés ? Ce serait à ce moment, c'est-à-dire dans le cours de l'année précédente, que se serait formé l'abcès stercoral, point de départ de la fusée purulente vers l'articulation coxo-fémorale.

V

TUBERCULOSE, PLÈVRES, POUMONS

Les pleurésies dans l'état puerpéral, la grossesse et la lactation.

(*Nouvelles archives d'obstétrique*, 1886.)

Énorme empyème caséifié datant de quinze ans, au moins, chez un cardiaque alcoolique et cirrhotique.

Avec J. Genévrier.

(*Société des hôpitaux*, 1906.)

En 1885, le malade avait été réformé pour pleurésie chronique ; en 1890

on avait retiré un demi-litre de pus. Depuis cette époque les médecins consultés avaient respecté le contenu de la plèvre. La mort survint en état d'asystolie avec cirrhose hépatique et un peu d'ascite.

La plèvre droite, adhérente en tous les points aux parois osseuses et excessivement épaissie, de consistance presque cartilagineuse, forme un immense kyste, dont le contenu est constitué par une énorme masse de consistance pâteuse, un peu molle, comparable par sa couleur et sa densité à une sauce mayonnaise. Ce magma caséeux n'aurait pu s'écouler par aucun trocart. On dut l'extraire à la cuiller, et on emplit deux cuvettes. On ne trouve plus, pour représenter le poumon droit, qu'un petit moignon aplati de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur, formant une sorte de calotte hémisphérique ratatinée sous la clavicule; la coupe offre l'aspect mixte de la splénisation et de la sclérose.

L'analyse chimique du contenu de la plèvre (2 litres) y décèle par kilogramme: chlorures en NaCl, 4,095 ; phosphates (en P^2O^5), 0,48 ; sulfates (en SO^4H^2), 1,262 ; chaux (en CaO), 1,008 ; corps gras, 9 ; cholestérine, 25 ; albumine, 750.

Au microscope : débris de leucocytes polynucléaires et de fragments cellulaires méconnaissables. Quelques hématies et de nombreux globules graisseux très finement émulsionnés sont çà et là visibles encore. Aucun microbe. Pas de cristaux de cholestérine.

Dans un cas cité par MM. Faisans et Audistère, comme dans un cas de M. Millard, l'apparence était chyleuse, la consistance très fluide ; on avait trouvé au microscope des cristaux de cholestérine. Dans celui-ci la transformation était plutôt caséeuse, bien que l'épanchement purulent fût moins ancien.

Tuberculose pulmonaire aiguë à forme typhoïde et asphyxique avec tuberculose rénale et pleurésie diaphragmatique.

(*Société anatomique*, 1881.)

Syndrome fébrile récurrent chez un malade atteint de cirrhose alcoolique graisseuse, de tuberculose ganglionnaire abdominale et trachéo-bronchique et de méningite tuberculeuse.

Avec Marcel Poisot.

(*Société des hôpitaux*, 1907.)

Le malade avait voyagé en Italie et à Malte, mais il habitait Paris depuis 15 ans, ce qui rend peu vraisemblable l'hypothèse d'une fièvre de Malte,

quoique le séro-diagnostic de Wright n'ait pas été fait. Il n'était pas paludéen.

Le malade, entaché d'éthylisme et peut-être de paludisme, porteur d'un gros foie, et d'une très grosse rate, ayant présenté un ictère probablement catarrhal et ultérieurement des signes d'adénopathie bronchique, fut atteint d'accès fébriles à type récurrent, dont le troisième s'est terminé par la mort, quarante-six jours après le début du premier.

Ces accès ont été calqués l'un sur l'autre : ascension rapide de la température à 40° ; maintien de cette température entre 40 et 41° pendant sept à huit jours ; défervescence rapide, hypothermie à 36° et au-dessous. Chaque accès a été séparé du suivant par une période d'hypothermie de huit à neuf jours de durée. Pendant les accès fébriles, le foie, augmenté de volume, est douloureux spontanément et à la pression, avec voussure de la région cystico-épigastrique ; il y a du subictère ; des douleurs apparaissent dans l'épaule droite dès le début du deuxième accès. Au troisième ou quatrième jour des accès, l'état général s'aggrave ; le malade est abattu, n'a plus d'appétit, la langue est saburrale, la diarrhée apparaît, les urines diminuent. Le délire ne se manifeste qu'à la fin des accès ; mais même en ce moment, le malade n'accuse pas de céphalée ; le pouls reste régulier, en concordance avec la température. Au moment de la défervescence, qui aboutit à l'hypothermie, l'état général devient excessivement grave : le malade est en état de collapsus, la mort semble imminente. Après douze heures, on assiste à un retour très rapide à une santé en apparence normale.

L'état général reste excellent entre les accès et pendant les deux ou trois premiers jours de chacun d'eux ; l'appétit est exagéré, la langue bonne, les urines abondantes, non albumineuses, les selles normales, le pouls plein, régulier, bien frappé. Le troisième accès a abouti au coma et à la mort.

Pleurésie aréolaire avec pneumonie chronique et péricardite purulente.

(*Société anatomique*, 1881.)

Pneumonie droite apyrétique succédant immédiatement à une pneumonie gauche régulière ; double crise urinaire.

(*Société des hôpitaux*, 1905.)

Les formes cliniques de la pneumonie sont bien nombreuses ; les noso-

graphes sont embarrassés pour les classer et le clinicien en observe encore de temps en temps qui ne peuvent tenir dans les cadres classiques.

On décrit les pneumonies apyrétiques, qui sont en général de mauvaise nature, parce qu'elles évoluent chez des sujets déjà malades (diabétiques, albuminuriques) ou intoxiqués (alcooliques ou séniles). Le cas que j'ai observé n'a été nullement grave et a évolué sur un terrain excellent, mais il présente cette particularité non signalée jusqu'ici, à ce qu'il m'a semblé, de deux foyers pneumoniques se développant successivement dans les deux poumons, le premier avec tous les caractères classiques d'une évolution fébrile suivie d'une crise urinaire au moment de la défervescence, le second succédant immédiatement au premier ou plutôt même subintrant, mais évoluant *sans fièvre* pour aboutir à une deuxième crise urinaire régulière.

Les pneumonies infectieuses par émanations d'égouts.

(*Union médicale*, 1882.)

L'infection oculaire endogène par le pneumocoque.

Avec V. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière.
(*Société des hôpitaux*, 1904.)

On observe fréquemment des infections oculaires d'origine externe par le pneumocoque, mais elles n'intéressent guère que l'oculiste. On ne connaît encore qu'une vingtaine d'observations dans lesquelles l'infection intra-oculaire ne succède à aucune plaie ou érosion superficielle de l'œil et résulte d'un transport par la circulation, d'une métastase. V. Morax a publié un cas d'infection pneumococcique d'origine utérine avec iritis métastatique exsudative et abcès cérébraux. Dans le cas observé par moi, au cours d'une pneumonie accompagnée de délire violent et de signes stéthoscopiques cardiaques qui firent admettre la possibilité d'une endocardite infectieuse, apparut un trouble diffus de la cornée droite et un exsudat purulent dans la chambre antérieure. Bientôt il y eut panophtalmie et l'énucléation fut pratiquée. A l'autopsie, outre les reliquats pleuropulmonaires, on constata une endocardite végétante à pneumocoques. La présence du pneumocoque à l'état de pureté fut vérifiée dans les exsudats purulents de la rétine, du corps ciliaire et de la chambre antérieure.

Thyroïdite postpneumonique non suppurée chez une basedowienne.

(*Société des hôpitaux*, 1902.)

Il s'est agit là d'une thyroïdite aiguë congestive ou exsudative, qui est apparue quarante-huit heures après la défervescence d'une pneumonie et a duré exactement le même nombre de jours que la localisation pulmonaire de l'infection. On doit donc la considérer comme une thyroïdite à pneumocoques, quoiqu'il n'ait pas été possible de vérifier la présence de l'agent infectieux de la pneumonie, l'inflammation n'ayant pas abouti à la suppuration.

L'intérêt de cette observation réside à la fois dans la rareté de la thyroïdite comme complication de la pneumonie et dans l'existence antérieure de la tumeur thyroïdienne qui a pu jouer un rôle provocateur dans la localisation des agents infectieux.

Les rares cas de thyroïdite consécutive à la pneumonie qui ont été publiés ont tous suppuré. Dans la symptomatologie sont notés la dysphagie, le gonflement limité à un ou à deux lobes de la glande, rarement à tout l'organe, tuméfaction de la peau, douleur habituellement sourde et continue, s'exaspérant à la moindre pression, et, comme dans notre cas, *attitude fléchie de la tête en avant, le menton touchant le sternum.*

L'invasion de la thyroïde a été subintrante à la pneumonie, la fièvre n'a pas dépassé 38°, mais il n'y a pas eu de suppuration et il est assez frappant que la durée de cette inflammation thyroïdienne ait duré exactement neuf jours comme la localisation pneumonique précédente, c'est-à-dire la durée régulière de la virulence du pneumocoque au sein des tissus.

VI

APPAREIL URINAIRE

La ménopause et le rein.

(*Société des hôpitaux*, 1897.)

De l'examen de plusieurs faits cliniques j'ai tiré les conclusions suivantes :

Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les

retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomituritions, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et en tout cas il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

Pathogénie et prophylaxie du rein mobile.

(*Société des hôpitaux,* 1893.)

Conclusions de cette étude. La néphroptose n'existe guère que chez les femmes. Elle est exceptionnelle chez l'enfant, ne commence à se montrer que dans l'adolescence chez les jeunes filles, est plus fréquente chez les femmes qui ont eu des grossesses, coïncide très fréquemment avec la dyspepsie, l'atonie gastro-intestinale ou la dilatation de l'estomac, existe surtout chez des sujets dont les parois abdominales sont flasques et chez lesquels on trouve souvent d'autres preuves de la flaccidité du tissu musculaire lisse ou strié (phlébectasie variqueuse crurale, hémorroïdale ou généralisée, atonie des muscles bronchiques, etc.). Souvent la mobilité du rein est apparue après un amaigrissement rapide ou des alternatives d'embonpoint ou d'amaigrissement. On ne peut admettre la presque immunité du sexe masculin

qu'en invoquant le rôle considérable de la constriction de la base du thorax par le corset. — Conclusions prophylactiques : bannir chez les jeunes filles les corsets à armature rigide ; faire porter une sangle élastique à toutes les jeunes femmes dyspeptiques ou neurasthéniques, le meilleur modèle étant une sorte de caleçon ou de maillot élastique très souple, garni au besoin d'une ou deux pelotes à air concaves ou semi-lunaires quand la néphroptose unie ou bilatérale est réalisée. Régime de nature à empêcher le météorisme, usage de la strychnine périodiquement.

Kyste dermoïde du bassin ouvert dans la vessie (pilimiction) après des phénomènes généraux simulant la fièvre typhoïde et une cystite prolongée.

(*Société des hôpitaux*, 1896.)

Après un mois de phénomènes généraux et de fièvre, considérés par un médecin comme de nature typhoïde, s'étaient produits des signes de cystite purulente chez une femme vierge de 48 ans. Quelques semaines plus tard expulsion par l'urètre, après une violente douleur, d'une masse de petits poils blonds, longs de deux ou trois centimètres et semblables à des cheveux coupés ou enroulés, mélangés à de la matière sébacée. Le diagnostic de kyste dermoïde étant ainsi posé, M. Tuffier fit une laparotomie et trouva un kyste de la grosseur d'une orange adhérent à l'utérus, à l'intestin et à la vessie par laquelle se faisait jour son contenu putride.

VII

SYSTÈME NERVEUX

Œdèmes intermittents, périodiques et cycliques des extrémités et du scrotum se reproduisant depuis quinze ans chez un névropathe actuellement albuminurique.

(*Société des hôpitaux*, 11 novembre 1892.)

Évolution des maladies intercurrentes chez les épileptiques soumis à la médication bromurée.

(*Société clinique*, 1882.)

Idiotie et épilepsie. Mutisme sans surdité. Méningite chronique. Atrophie considérable de l'hémisphère droit.

(*Société anatomique*, 1882.)

Hémichorée chez un vieillard artério-scléreux brightique sans hémiplégie.

(*Société des hôpitaux*, 1902.)

74 ans. Après divers signes d'urémie, mais sans ictus, début brusque de mouvements désordonnés du côté gauche du corps à caractères choréiformes sans affaiblissement de la motricité volontaire. Un traitement actif dirigé contre les symptômes d'urémie les amenda sans faire disparaître l'hémichorée.

Sein hystérique, hémorragie mammaire coexistant avec la présence d'un tænia et disparaissant après l'expulsion du parasite.

(*Société des hôpitaux*, 1901.)

Une jeune fille de vingt ans, sans antécédents névropathiques particuliers, présenta assez rapidement des phénomènes hystériformes, tels que l'œsophagisme intermittent, l'inégalité du caractère, les crises de larmes et surtout des fluxions douloureuses du sein gauche, aboutissant de temps en temps à un écoulement de sang pur ou de sérosité sanguinolente que j'ai constaté moi-même.

Ces manifestations « de sein hystérique » se montrèrent à plusieurs reprises et j'avais conseillé de commencer un traitement hydrothérapique, lorsqu'on remarqua dans les selles des anneaux de tænia.

Je fis donner de l'extrait de fougère mâle et du calomel ; le tænia fut expulsé avec la tête. A partir de ce jour on vit disparaître non seulement les douleurs, les gonflements et les hémorragies par le sein, mais tout le cortège hystériforme.

On peut penser que la présence du parasite avait créé une hystérie temporaire, et ce fait est à rapprocher des faits anciennement connus d'épilepsie vermineuse, de manifestations convulsives liées à la présence de parasites intestinaux.

Sarcomes disséminés du squelette à prédominance vertébro-crânienne. Syndrome nerveux complexe.

Avec M. E. Terrien.
(*Société des hôpitaux*, 1898.)

La dissémination des néoplasmes en un grand nombre de points du squelette peut donner naissance aux syndromes cliniques les plus singuliers. Il est difficile d'interpréter les symptômes disparates que peuvent engendrer les compressions de nerfs et de viscères fort éloignés les uns des autres tant que les néoplasmes profonds existent seuls : le diagnostic n'est possible qu'après l'apparition d'une tumeur sur un os accessible au toucher. Cependant, lorsque des signes de compression ou d'irritation de points du système nerveux très différents se montreront chez un sujet exempt de syphilis, après qu'on aura écarté le tabes et les scléroses en plaques, on pourra considérer comme probable l'existence de néoplasmes disséminés dans le squelette et surtout dans le rachis et le crâne.

Dans l'observation actuelle, un homme de cinquante ans, sans tare syphilitique ni alcoolique, après avoir souffert de douleurs lombaires s'irradiant dans les membres inférieurs, est confiné peu à peu au lit par une paraplégie douloureuse incomplète avec atrophie de certains muscles, exagération des réflexes, hyperesthésie cutanée. L'existence d'une induration au sommet du poumon droit inclina d'abord à admettre un mal de Pott, lorsqu'on vit survenir successivement des troubles du larynx (dysphonie, aphonie), de la déglutition (dysphagie), une rétention d'urine, des troubles de l'ouïe, une paralysie faciale, en même temps que s'accentuaient la pâleur, l'amaigrissement. Une tuméfaction profonde de la fosse iliaque gauche fut d'abord considérée comme pouvant être une adénopatbie liée à un cancer de la partie supérieure du rectum, mais l'absence de troubles de la défécation avait fait abandonner cette hypothèse, lorsque apparurent des hyperostoses sur divers points du crâne, des humérus, des clavicules, en même temps que la plupart des os devenaient douloureux au toucher : une tumeur mollasse faisait corps avec l'appendice xiphoïde.

L'autopsie révéla l'existence de tumeurs multiples de nature sarcomateuse, la plus ancienne et la plus volumineuse siègeant dans les corps vertébraux de la région dorso-lombaire, ayant comprimé et dissocié les racines médullaires. La dissémination des autres noyaux sarcomateux sur le squelette ver-

tébro-crânien expliquait les autres symptômes d'ordre nerveux. Mais la rétention d'urine était surtout liée à la généralisation du néoplasme dans la prostate. La tumeur molle de l'appendice xiphoïde était due au ramollissement nécrobiotique d'un noyau sarcomateux du sternum. Il existait dans le foie quelques nodules néoplasiques n'ayant déterminé aucun symptôme.

Ce fait présente certaines analogies avec d'autres cités par M. Jaccoud comme ayant présenté l'aspect d'une « atrophie nerveuse progressive » par suite de l'existence de sarcomes vertébro-crâniens.

Sarcomatose généralisée ; généralisation possible des néoplasmes dans les centres nerveux.

Avec le Dr Dauchez.
(*Société clinique*, 1883.)

VIII
RHUMATISMES

Un cas de rhumatisme déformant progressif débutant à 18 mois ayant évolué par poussées aiguës ou subaiguës symétriquement jusqu'à la puberté, avec accompagnement de pelade et de dyschromie cutanée symétrique. Pathogénie trophonévrotique.

(*Société des hôpitaux*, 1892.)

L'infection et le rhumatisme noueux.

(*Société des hôpitaux*, 1892.)

Dans le passé de malades on relève souvent des maladies infectieuses (fièvres éruptives, typhoïde, blennorrhagies nombreuses et prolongées, syphilis, suppurations génitales ou bronchiques). Plusieurs fois l'apparition des premières douleurs rhumathoïdes précédant les déformations osseuses, a suivi de près une infection.

Rhumatisme chronique progressif.

Monographie in *Traité de Médecine* Charcot-Bouchard.

Leçons sur les rhumatisants et les arthritiques.

(Conférences de Lariboisière, 1909.)

IX

INTOXICATIONS

Le praticien et l'oxyde de carbone.

(Bulletin médical, 1902.)

Résumé des difficultés (avec observations personnelles) que peut faire naître dans la pratique professionnelle la multiplicité des circonstances où l'oxyde de carbone détermine des accidents légers ou graves, rapides ou insidieux.

Leçons sur les intoxications par le mercure et le plomb.

(Conférences de Lariboisière, 1908.)

X

APPAREIL CIRCULATOIRE

Anévrisme spontané de l'artère humérale à évolution rapide par artérite infectieuse aiguë à streptocoques au cours d'une endocardite végétante.

Avec M. Beaussenat.

(Revue de chirurgie, 1893.)

Une jeune femme de 25 ans ayant eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu et demeurée cardiaque (lésion initiale compliquée d'endocardite végétante), indemne de syphilis, entre à l'hôpital pour une petite tumeur apparue depuis huit jours, de la grosseur d'un œuf de poule, qui en un mois atteignit le volume d'une tête de fœtus et se perfora, amenant la mort par hémorragie. L'intérêt de ce fait réside dans l'examen histologique qui en démontra la pathogénie.

Des coupes faites sur les parois de l'artère humérale en différents points, au-dessus et au niveau du siège de l'ectasie, nous ont permis de constater, à

divers stades de leur évolution, les lésions de l'artérite infectieuse. Le maximum des altérations existait sur la paroi, au voisinage du point où s'est faite la rupture : diapédèse de leucocytes, infiltration de cellules embryonnaires dans toute l'épaisseur des tuniques, mais plus particulièrement accumulées d'une part entre l'endartère et la tunique moyenne, d'autre part au niveau de la tunique externe. Les éléments musculaires et élastiques de la tunique moyenne étaient aussi en certains points tout à fait dissociés, et en examinant cette dissociation on comprenait comment la diminution de la résistance des parois avait pu si vite aboutir à la perte de l'élasticité et à la dilatation anévrismale. C'était de la *méso-périartérite*.

L'*examen bactériologique* nous a donné aussi l'explication de la genèse de cette artérite. En effet, sur presque toutes nos coupes, existaient des amas ou des traînées de cocci, les uns isolés, les autres en chaînettes, présentant la réunion des caractères des *streptocoques*. C'était sous l'endartère et dans les couches de la tunique moyenne les plus voisines qu'étaient surtout agglomérés ces microbes ; on en trouvait aussi un bon nombre dans la tunique externe.

Dans les infarctus viscéraux existaient de même des chaînettes et des cocci isolés. On trouvait également dans la pulpe splénique des colibacilles, mais dont la présence, vingt-quatre heures après la mort, est, comme on sait, assez ordinaire.

Nous n'avons trouvé aucune mention faite d'anévrisme artériel spontané, à évolution si rapide, au cours d'une endocardite infectieuse. L'étude histologique et bactériologique des lésions dans ce cas permet de mettre bien en lumière le *mode de formation des ectasies artérielles consécutives aux infections*. Seulement en général l'évolution est lente ; *ici nous saisissons le stade aigu* ; il est probable que, si l'artérite eût été moins intense ou moins rapide, le processus scléreux eût fait suite à l'infiltration embryonnaire.

Dans la pathogénie des anévrismes constatés longtemps après l'évolution des maladies infectieuses, on admet que la cause est l'action lente des toxines bactériennes, déposées dans l'organisme par les microbes et altérant peu à peu les parois de vaisseaux dans lesquels elles circulent. Dans notre cas, on voit les microbes présents au niveau même de la lésion, doués sans doute d'une virulence extrême et provoquant par leur présence, c'est-à-dire par les toxines sécrétées sur place, la réaction organique attestée par la diapédèse des leucocytes et par une intense prolifération cellulaire.

Anévrisme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique. — Léger rétrécissement avec insuffisance de l'orifice mitral. — Rétrécissement fonctionnel de l'artère pulmonaire comprimée par le sac. — Mort subite par rupture du sac dans le péricarde.

(Présentation de pièces anatomiques.)
(*Société médicale des hôpitaux.*)

A noter l'existence de la syphilis, à laquelle on peut une fois de plus rapporter l'anévrisme; celle de la fièvre typhoïde, qui avait pu engendrer la lésion mitrale.

L'absence de tuberculose pulmonaire, malgré l'existence d'une compression de l'artère pulmonaire, celle-ci n'étant due qu'aux progrès du sac, qui n'avait fait apparaître le souffle caractéristique de la sténose pulmonaire que dans les dernières semaines de la vie, alors qu'on n'entendait jusque-là que le souffle prolongé de la pointe imputable à la lésion mitrale; — l'absence de tout autre symptôme de compression, qui n'aurait pas permis le diagnostic sans l'existence d'un léger soulèvement rythmique de la paroi antérieure du thorax; — l'intensité des phénomènes douloureux, qui paraît avoir été due à la névrite périaortique propagée; — le diagnostic d'ectasie des oreillettes, qui avait été porté par un confrère expérimenté en radiographie, l'ombre constituée par l'anévrisme devant avoir constitué une image étendue, surtout dans le sens transversal, et débordant de toutes parts l'image ventriculaire et correspondant en somme exactement à la forme de la zone de matité.

Endartérite oblitérante incomplète de la cubitale droite : ischémie intermittente des trois derniers doigts avec syndrome de syncope et d'asphyxie locale.

(*Société médicale des hôpitaux,* 29 mai 1896.)

Chez un alcoolique névropathe, artérioscléreux précoce, se produisaient des crises intermittentes de douleurs dans certaines parties des doigts normalement irriguées par les artères digitales qui, parties de la convexité de l'arcade palmaire superficielle, vont former les collatérales internes et externes du petit doigt et de l'annulaire et la collatérale interne du médius. Des placards

de coloration variable, depuis une zone blanche cerclée de rose ou lilas, tantôt de coloration violacée, tantôt d'une teinte ecchymotique presque noire, se produisaient irrégulièrement et firent craindre à plusieurs reprises la production de sphacèles, mais n'y aboutissaient pas. Le cas se rapprochait plus de la claudication intermittente de Charcot par endartérite de la fémorale que du syndrome angio-spasmodique de Raynaud, mais participait un peu de celui-ci par les modifications de la sensibilité : l'iodure de potassium, les valérianates de quinine et de zinc, les applications chaudes furent employés avec succès.

XI

INFECTIONS

Réflexions sur le génie épidémique à propos d'une épidémie de rougeole.

(*Progrès médical*, 1883.)

Érysipèle et arthropathies. Influence de l'érysipèle sur le rhumatisme.

Avec M. Beaussenat.

(*Société des hôpitaux*, 27 janvier 1893.)

En dehors des arthralgies et des arthrites suppurées directement causées par l'érysipèle, celui-ci ne paraît pas réveiller habituellement, comme on l'a dit, les manifestations rhumatismales anciennes.

Arthralgies scarlatineuses anormalement précoces.

(*Société des hôpitaux*, 1892.)

Note relative à l'influence de quelques infections aiguës, notamment l'érysipèle et la scarlatine, sur la grossesse.

(*Société des hôpitaux*, 23 décembre 1892.)

Conclusions : La scarlatine et l'érysipèle ont sur la marche de la grossesse une influence moins néfaste qn'on ne le croit : l'hyperthermie prolongée est surtout à redouter et on réussit en général à l'éviter en prenant toutes les trois heures la température des malades et en les soumettant au bain tiède

progressivement refroidi ou au bain froid d'emblée suivant leur sensibilité.

Quand une femme atteinte d'érysipèle ou de scarlatine, ou se trouvant en contact avec des malades atteintes de ces deux infections, vient à faire une fausse couche ou un accouchement prématuré, on peut, grâce à l'antisepsie, prévenir toute infection par les voies génitales.

Les enfants prématurés peuvent être indemnes de la maladie de la mère.

Contagiosité de l'érysipèle.

(*Société des hôpitaux*, 24 juin 1892).

Chargé d'un service spécial d'érysipélateux, j'ai constaté en un mois de temps sur 400 cas environ 5 cas de contagion d'érysipèle de la face, dont deux chez des convalescents de rougeole et de scarlatine mis au voisinage d'érysipélateux.

Influence de l'érysipèle sur l'évolution de la tuberculose.

Celle-ci subit une amélioration temporaire.

XII

GRIPPE

Infection grippale à déterminations multiples : néphrite primitive, endopéricardite, congestion pulmonaire et pleurésie, phlébite. Infection secondaire amygdalienne.

(*Société médicale des hôpitaux*, 27 mai 1892).

La grippe chez les enfants.

(*Revue pratique d'obstétrique, gynécologie et pædiatrie*, 1891.)

La grippe.

(*Progrès médical*, 1911.)

Cystite et rectite grippales.

(*Société des hôpitaux*, 1898.)

Plusieurs fois, au cours de grippes de formes cliniques diverses, tantôt

respiratoires, tantôt gastro-intestinales, j'ai constaté l'apparition du ténesme vésical et rectal, de besoins fréquents d'uriner ou d'aller à la selle, suivis de l'émission d'une quantité insignifiante d'urine, souvent albumineuse, et de l'évacuation de très peu de matières fécales liquides mélangées à des glaires sanguinolentes : en somme, le tableau de la cystite et de la rectite dysentériforme plus ou moins accentuées.

Ces symptômes se sont montrés tantôt dès les premiers jours de la grippe, contemporains du catarrhe nasal et laryngo-trachéal, tantôt au cours de troubles gastro-intestinaux (vomissements, coliques, diarrhée) ; tantôt, ayant fait défaut dans une première atteinte, ils se sont montrés pendant une rechute. Je les ai vus alterner avec diverses localisations congestives, du côté de l'appareil respiratoire, des amygdales et des ganglions cervicaux, comme par une sorte de balancement métastatique, dans un cas observé avec M. Quénu ; celui-ci avait été appelé précisément à cause des manifestations intenses du côté du rectum et de la vessie, ayant pu faire craindre, vu l'âge du malade, à des accidents liés à une hypertrophie de la prostate.

Les sujets chez lesquels j'ai rencontré ces symptômes vésicaux et rectaux étaient de tout âge : des enfants de deux et trois ans, des adultes et des personnes âgées.

La durée a été toujours de plusieurs jours.

Les moyens qui m'ont réussi le mieux sont les irrigations intestinales très chaudes, les bains de siège et bains prolongés à haute température, les cataplasmes très chauds en permanence, les suppositoires opiacés et belladonés.

Dacryo-adénite bilatérale accompagnant une sinusite grippale avec polyadénopathie préauriculaire au cours d'une grossesse.

(*Société des hôpitaux*, 1907.)

Au septième mois d'une grossesse la malade avait été prise de vomissements attribués à la stercorémie ; bientôt la fièvre s'allumait et au milieu d'un cortège de phénomènes comme on en voit dans la grippe (céphalalgie violente, angine, trachéo-bronchite, langue porcelanique, herpès labial, prostration des forces) se produisait successivement congestion, puis catarrhe des cavités nasales et sinusales, et inflammation des deux glandes lacrymales palpébrales. M. Morax émit l'hypothèse que l'origine de cette infection pouvait avoir été une leucorrhée du début de la grossesse, avec transport des

microbes par le toucher. Mais la malade ne présentait plus d'écoulement leucorrhéique depuis assez longtemps. Pour moi je suis disposé à incriminer la grippe, dont la malade présentait d'ailleurs les principaux symptômes. A l'appui de mon opinion, j'invoque la multiplicité des cas de grippe polymorphe dans nos salles pendant cette période. Outre les nombreuses sinusites et otites qui accompagnaient les catarrhes laryngo et trachéobronchiques et les troubles digestifs, on voyait des cas comme celui d'une jeune fille qui, entrée avec une bronchopneumonie et une péricardite, a eu, en quinze jours de temps, une otite, une néphrite aiguë et une phlébite. Au risque d'être accusé d'agrandir encore le domaine déjà si vaste de la grippe, je crois donc pouvoir signaler la dacryoadénite comme une des localisations possibles de cette infection polymorphe.

Réaction méningée atténuée avec lymphocytose au cours de la grippe.

Avec Eugène Terrien.
(*Société des hôpitaux*, 1904.)

Dans cette observation les symptômes méningés sont réduits au minimum : au cours d'une grippe ayant provoqué successivement une bronchite et une congestion pulmonaire on voit survenir quelques manifestations nerveuses : une courbature plus prolongée que de coutume et une céphalée qui par ses caractères faisait surtout songer à la possibilité d'une sinusite. Il n'y a eu de signe de Kernig à aucun moment ; le pouls a toujours eu une rapidité en rapport avec le degré de la température : jamais on n'a trouvé de douleur à la pression des globes oculaires. On a seulement noté une légère raideur de la nuque, très fugace (quelques heures), et une céphalée, très violente surtout pendant deux ou trois jours.

C'est ce dernier symptôme qui fit songer à la possibilité d'une participation des méninges. La ponction lombaire a confirmé ces prévisions : elle a fait constater une *lymphocytose* de moyenne intensité.

Cette constatation semblait devoir acquérir ici une signification d'autant plus grave que la malade était quelque peu entachée de tuberculose, et l'on pouvait craindre que la grippe, réveillant un processus ancien, ne fût devenue le point de départ d'une méningite tuberculeuse. L'évolution ultérieure a montré qu'il n'en était rien, et que cette lymphocytose était seulement l'in-

dice d'une réaction atténuée des méninges au cours de cette infection grippale.

C'est donc un cas de plus à ajouter aux constatations déjà faites et montrant que, en présence d'une lymphocytose pure du liquide céphalorachidien, il ne faut pas se hâter de conclure à la nature tuberculeuse de la méningite.

Purpura et érythème papulo-noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques. Discussion pathogénique.

Avec P. Claisse.
(*Société des hôpitaux*, 8 janvier 1892.)

Érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

(*Société des hôpitaux*, 1893.)

Note sur quatre cas d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs d'allures épidémiques.

(*Société des hôpitaux*, 1893.)

Érythèmes infectieux et toxiques. Éruptions post-sérothérapiques.

(*Société des hôpitaux*, 1894.)

Infection staphylococcique. Otite, méningite et arthrites suppurées, broncho-pneumonie.

Avec M. Beaussenat.
(*Société des hôpitaux*, 1892.)

Deux cas de rage à forme délirante.

Avec M. A. Florand.
(*Société clinique*, 1885.)

Diphtérie généralisée à tout l'appareil respiratoire chez un adulte. Mort par asphyxie mécanique vingt-sept heures après l'injection de sérum.

(*Société des hôpitaux*, 1901.)

Malheureusement ce malade était atteint depuis huit jours quand il fut amené à l'hôpital et, malgré 40 centimètres cubes de sérum, ne tardait pas à succomber. L'autopsie montra que depuis le pharynx jusqu'aux extrémités de l'arbre bronchique s'étendait d'une façon presque ininterrompue un revêtement pseudo-membraneux, d'épaisseur variable, ayant son maximum d'épaisseur dans le larynx et la trachée : il avait par places dans le larynx commencé à se détacher et donné naissance à des lambeaux flottants, d'aspect pulpeux ou sanguinolent. Dans les bronches, ce revêtement avait l'aspect d'un moule fibrineux, qui en certains points était comme un tube engainé dans un autre, avec du mucopus qu'on faisait sourdre par pression soit entre la paroi bronchique et la fausse membrane, soit dans la lumière du tube fibrineux. Emphysème très développé des régions antérieures et supérieures des poumons; zones inégalement réparties de congestion, mais pas d'îlots de broncho-pneumonie.

Cette forme de diphtérie avec envahissement de tout l'arbre bronchique n'est pas très rare chez l'enfant, mais elle est assez exceptionnelle chez l'adulte, qui meurt presque toujours par intoxication.

Contribution à l'étude du typhus exanthématique.

(*Société des hôpitaux*, 1893.)

Les bains tièdes progressivement refroidis, la quinine et l'antisepsie intestinale si efficaces contre la fièvre typhoïde sont inefficaces contre le typhus.

Le début subit n'est pas toujours aussi net qu'on l'admet souvent. On peut trouver d'importantes oblitérations emboliques ou thrombosiques.

V

DÉONTOLOGIE
ET
TECHNIQUE PROFESSIONNELLE

Essai de déontologie hospitalière : Comment peut-on profiter le mieux du temps d'externat et d'internat ?

(Conférences faites à l'hôpital Tenon. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1898.)

Les préoccupations déontologiques chez les étudiants et l'heureuse influence qu'elles peuvent avoir sur l'avenir de la profession médicale.

(*Revue de déontologie*, 1900.)

Dans cette étude sur une phase curieuse de l'évolution psychologique de la jeunesse médicale je concluais que ces préoccupations étaient louables et devaient être encouragées à la condition que les étudiants repousseraient le sophisme de la commercialisation, dont on cherche à les empoisonner, et feraient triompher le seul principe fécond pour l'avenir, celui de la médecine restant une profession libérale dans la plus noble acception.

De la rémunération des services médicaux.

(In *Revue de déontologie*.)

Dans cette note j'ai réfuté la critique d'un professeur d'économie sociale

qui, trouvant mal fondée la grande inégalité dans le chiffre des honoraires, appelait de ses vœux la généralisation du mode de rétribution en usage dans les Sociétés de secours mutuels. Il faudrait d'abord supposer que dans la Société mutualiste de l'avenir la coopération du médecin à la guérison de ses concitoyens serait rétribuée à sa réelle valeur : si on ne lui accordait pour tous ses clients que le taux actuellement en vigueur, le système serait purement la généralisation de l'exploitation du médecin ; car il est évident que, si les mutualistes ont pu s'organiser, c'est surtout parce qu'ils ont obtenu jusqu'ici les soins médicaux au rabais. Et en admettant que les honoraires soient relevés, s'ils sont uniformisés, l'équité et la morale en souffriront encore ; car jamais les soins donnés par tous les médecins n'auront une valeur égale, et chacun ne sera pas rémunéré suivant sa peine et son mérite.

Le médecin et la vérité.

(*Presse médicale*, 1906.)

J'ai distingué dans cette étude de psychologie et de morale le côté professionnel et le côté scientifique. Après avoir rappelé que, si vis-à-vis des malades le praticien doit tantôt déguiser la vérité par humanité, tantôt la dire, même si elle est douloureuse, soit dans l'intérêt du malade, soit dans celui de ses proches, tantôt la refuser même au magistrat au nom même de la loi, j'ai analysé les circonstances par suite desquelles le médecin en tant que savant, chercheur modeste ou simple praticien, collaborateur forcé, conscient ou non, de l'évolution médicale, est trop souvent amené à altérer la vérité. J'ai montré pourquoi et comment se produisent les altérations de celle-ci par omission ou suppression ou simplification trompeuse — par addition ou exagération — par supposition ou hypothèse téméraire. J'ai signalé les modes de propagation des erreurs par les vices inhérents à l'excès des publications hâtives, ou le peu de soin que trop souvent on apporte à la fabrication des périodiques et des manuels, à l'incompétence de beaucoup de leurs rédacteurs, à l'insuffisance des traducteurs, etc., etc. J'ai conclu que tous ceux qui ont charge d'enseignement devraient faire les plus grands efforts pour développer chez les étudiants, avec le sain esprit critique, le souci de l'exactitude scrupuleuse dès le moment où ils recueillent des observations à l'hôpital et les convaincre que si, dans l'ordre professionnel, toute vérité n'est pas

bonne à dire, dans l'ordre scientifique la plus belle devise pour le médecin est : *Vitam impendere vero.*

Le médecin et la mort.

(*Journal des Praticiens,* 1908.)

Étude sur les multiples difficultés professionnelles d'ordre scientifique et d'ordre moral que fait surgir devant le médecin l'approche de la mort et la mort même apparente ou réelle.

Le médecin dans la société contemporaine.

(Masson et Cie, 1902.)

En collaboration avec le Dr G. Lepage, agrégé, accoucheur des hôpitaux.

Ce volume est la réunion des conférences de déontologie faites en novembre et décembre 1899 à l'hôtel des Sociétés Savantes et à la Faculté de médecine en 1900, grâce à la bienveillance du doyen Brouardel, et publiées successivement dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

Il serait injuste de dire que la déontologie n'était point enseignée jusqu'ici ; ne l'avons-nous pas apprise nous-mêmes auprès de nos maîtres qui, dans leurs entretiens familiers à l'hôpital, nous faisaient connaître nos devoirs vis-à-vis des malades et vis-à-vis de nos confrères ? Ne nous serait-il pas facile de citer plus d'un de nos maîtres ou de nos collègues dont la conduite professionnelle, toujours impeccable, a été pour nous le meilleur guide dans le droit chemin ? Toutefois, si l'étudiant peut apprendre la déontologie par bribes auprès de ses chefs de service et, surtout une fois reçu docteur, en causant avec ses pairs, il n'avait pas jusqu'alors — sauf dans certains cours de médecine légale — entendu exposer d'une manière didactique les principales règles de la déontologie. Nous avons essayé de combler cette lacune.

Il y a de longues années que nous nous occupons tous deux des questions professionnelles, et que nous avions formé le projet d'en créer l'enseignement pratique. Nous avons longtemps hésité à l'inaugurer, car nous ne nous dissimulions pas que le rôle de moraliste est toujours ingrat. Le public — médical ou non — sourit volontiers en face de ceux qui affirment que la moralité doit régler la vie privée et publique des individus. On pouvait nous dire

que, pour donner des conseils aux jeunes, il faut ne plus l'être soi-même. « A cet égard, comme dit Beaumarchais, le plus fort est fait. » L'heure paraît avoir sonné de laisser de côté le faux respect humain et de dire à haute voix ce que nous croyons juste et utile. Nous estimons qu'il y a intérêt à affirmer devant les étudiants en médecine ce que doit être la profession médicale et à leur signaler les dangers qui la menacent.

Nous avons cherché à mettre en lumière le mouvement considérable de solidarité professionnelle qui se dessine depuis quelques années. En faisant connaître aux étudiants *toutes les œuvres* d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelles, nous avons pensé faire œuvre doublement utile : pour le médecin en lui montrant quels services rendent à l'individu ces différentes associations ; pour la profession médicale, qui sera d'autant plus honorée et respectée que ses membres se trouveront plus à l'abri des rigueurs du sort.

En insistant sur les dangers de l'encombrement médical, nous en avons étudié avec soin les causes et nous faisons appel à toutes les bonnes volontés pour prévenir l'envahissement de notre profession par trop de jeunes gens dépourvus des aptitudes spéciales qu'elle exige.

Il ne s'agit pas seulement aujourd'hui de la défense mesquine des intérêts d'une corporation, il y va de l'intérêt social le plus élevé. Pour remplir d'une manière complète son rôle humanitaire, le médecin doit exercer sa profession dans des conditions qui lui permettent d'en vivre honorablement en le mettant tout au moins à l'abri de la faim, mauvaise conseillère.

Nous n'avons pas abordé en détail toutes les questions professionnelles, pensant qu'il suffirait de signaler les plus importantes ; pour celles qui soulèvent des discussions, nous n'avons pas toujours cherché à les résoudre, nous contentant de les poser et de montrer combien il importe qu'elles soient résolues par les Associations médicales et même par les Conseils des Facultés.

I. — Nécessité des études déontologiques. Définition de la déontologie. — Qualités nécessaires au médecin. Qualités physiques. Qualités intellectuelles. Qualités morales. — Devoirs envers les malades et envers soi-même.

II. — Devoirs de l'étudiant à l'hôpital. — Des remplacements médicaux. — Cession de clientèle. — Devoirs envers l'État. Enregistrement du diplôme. Devoirs vis-à-vis des confrères. Changement de médecin par le client. Danger des querelles professionnelles. — Consultations entre médecins. Choix du consultant. Honoraires du consultant. — Rapports avec les médecins militaires, avec les dentistes, avec les spécialistes, avec les confrères des stations thermales.

III. — Rapports avec les pharmaciens. Exercice de la pharmacie par le médecin. — Rapports avec les sages-femmes.

Les honoraires médicaux. Des tarifs d'honoraires. Règlement des honoraires. Utilité d'une comptabilité en règle. Envoi des notes d'honoraires. Prescription des honoraires. Réclamation des honoraires devant les tribunaux. Honoraires illicites.

IV. — Le secret médical. — Exceptions au secret médical. — Déclaration des naissances. — Déclaration des épidémies. Dénonciation des attentats. Sévices exercés sur les enfants. Avortements criminels. Innocents injustement accusés. Le secret médical dans les guerres civiles. Le secret médical et les projets de mariage. Le secret médical dû aux époux. — Nourrices et nourrissons syphilitiques. *a*) La nourrice est encore saine. *b*) La nourrice est déjà contaminée. — Secret médical et témoignage en justice. — Statistique et déclaration de décès. — Secret dû aux mineurs et aux domestiques.

V. — Le médecin et les collectivités. — Le médecin et la loi. — Historique et analyse de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

État civil. — Réquisition du médecin. — Médecin expert. — Responsabilité des experts. — Certificats. A) Certificats exempts du timbre. B) Certificats soumis au timbre.

Le médecin et l'Hygiène publique. Hygiène dans la commune, dans le département. — Conseil d'hygiène publique et de salubrité.

Service des épidémies. Vaccination et revaccination. — Protection de l'enfance.

Hygiène dans l'État. Le médecin et l'assistance publique. Médecins des hôpitaux. Médecins des bureaux de bienfaisance. Assistance à domicile. Assistance médicale gratuite dans les campagnes.

Le médecin et les collectivités privées. — Le médecin et les sociétés de secours mutuels. — Le médecin et les Compagnies d'assurance sur la vie. Le médecin et les Compagnies d'assurance-accidents.

Le médecin et la politique. — L'encombrement médical et les causes de la crise professionnelle.

VI. — Des moyens de remédier à l'encombrement médical. — Les associations médicales. — Classification. — Associations de bienfaisance. — Association des médecins du département de la Seine. — Association générale des médecins de France. — Caisse des pensions viagères et allocations mensuelles. — Caisse des veuves et des orphelins. — Association de prévoyance. — Association médicale mutuelle du département de la Seine (Gallet-Lagoguey). — Association amicale des médecins français. — Caisse des pensions de retraite du corps médical.

Œuvres de défense professionnelle. — Société civile du Concours médical. — Syndicats médicaux. — Union des syndicats médicaux. — Caisse des victimes du devoir médical. — Le Sou médical. — Sociétés médicales d'arrondissement de Paris. — Comité permanent de déontologie. — Association de la presse médicale. — L'avenir des associations professionnelles.

CONFÉRENCES DE TECHNIQUE PROFESSIONNELLE, faites à l'hôpital Lariboisière de 1902 à 1911 :

Formation intellectuelle et morale du médecin. — L'autorité du médecin.

— Les responsabilités du médecin et leurs sanctions. — Le médecin dans le monde et dans sa famille. Les débuts dans la pratique : conseils à un jeune médecin. — Le médecin confident. Quelques commentaires sur le secret professionnel. — Nos devoirs et nos droits. Indépendance et solidarité. — Le médecin et ses confrères. — La collaboration médico-chirurgicale. — L'étudiant en médecine : autrefois et aujourd'hui)analysé par le Dr F. Helme dans la *Presse médicale,* 1910-11). — Le médecin et le mariage. — Le médecin dans son milieu. — Le stage et l'enseignement mutuel hospitalier (*Progrès médical* 1911).

VI

NOTICES BIOGRAPHIQUES

que j'ai rédigées comme Secrétaire général *de la Société médicale des hôpitaux,*

sur Eugène d'Heilly et Henri Rendu, 1903;
Paul Duflocq, Adrien Proust, L. Dreyfus-Brisac, 1904;
Gilles de la Tourette et Albert Gombault, 1905.

Discours prononcé à l'inauguration d'un buste de Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin, 1895.

Notice sur J. Granoher (*L'Hygiène scolaire*, 1907).

Comptes rendus annuels des travaux de la Société des hôpitaux de 1903 à 1906.

ETUDES D'HISTOIRE

La Médecine et la Sorcellerie.
Renaudot et Guy Patin.

Conférences faites à l'*Union française de la Jeunesse*, en 1876-78.

Lakanal.

Un vol. (chez Weil et Maurice), Paris, 1882, 2e édition, 1883, avec une préface de Paul Bert.

C'est une étude sur le Conventionnel qui a joué le principal rôle dans l'organisation de l'Enseignement pendant la Révolution. Il faut admirer « la sûreté de vue avec laquelle ce jeune homme de 30 ans est allé droit à la question vitale chez un peuple souverain, à la question d'instruction publique,

d'éducation nationale ». Lakanal a non seulement senti l'urgence, et la grandeur de l'œuvre rénovatrice, mais il s'y est consacré tout entier, menant de front avec une merveilleuse activité la démonstration des principes généraux et l'investigation des plus minutieux détails. La grandeur du rôle joué par lui a été longtemps méconnue, son nom même était presque oublié et ceux qui s'en souvenaient ne voyaient guère en lui que l'organisateur du Muséum d'histoire naturelle. J'ai prouvé qu'aucune partie de l'Instruction publique ne resta en dehors de son active intervention. L'amour de l'enseignement populaire ne lui ferma jamais les yeux sur l'importance nationale de la haute culture scientifique, artistique et littéraire, et c'est sur son rapport que fut créé l'Enseignement secondaire. Lakanal est une grande figure, devant laquelle aujourd'hui se sont inclinés tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de l'instruction et de l'éducation populaires et que je me félicite d'avoir contribué à remettre en pleine lumière.

Traduction française des **MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF** du **Traité de Pathologie interne et de Thérapeutique de Eichhorst**, avec notes et commentaires (G. Steinheil).

J'ai recueilli les leçons de M. le Pr BOUCHARD sur les **Maladies infectieuses** et **Les Intoxications** (Savy et Masson, édit.).

TABLE DES MATIÈRES

I. — THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose.

Enseignement libre de la thérapeutique.

II. — HYGIÈNE SOCIALE ET HOSPITALIÈRE

III. — PÉDAGOGIE ET HYGIÈNE SCOLAIRE

IV. — PATHOLOGIE ET CLINIQUE

Maladies des enfants.

Maladies de la nutrition.

Maladies du tube digestif.

Foie et voies biliaires.

Tuberculose, plèvres, poumons.

Appareil urinaire.

Système nerveux.

Rhumatismes.

Intoxications.

Appareil circulatoire.

Infections.

Grippe.

V. — DÉONTOLOGIE ET TECHNIQUE PROFESSIONNELLE

VI. — NOTICES BIOGRAPHIQUES. 138
ÉTUDES D'HISTOIRE

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.